

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

NOURRIR SON ENFANT AVEC DES PRÉPARATIONS LACTÉES DANS
UN CONTEXTE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :
L'EXPÉRIENCE DES MÈRES QUÉBÉCOISES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

MARIE-EVE COUTURIER

JUILLET 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'appui et le soutien de plusieurs personnes. Après avoir passé plus de deux ans à travailler à intermittence sur ce projet de mémoire, je désire remercier les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à la réussite de ce travail.

Tout d'abord, je ne pourrais jamais suffisamment remercier mes parents, sans qui ces lignes n'existeraient probablement pas. Ils m'ont toujours soutenue et encouragée à poursuivre mes études. Leur soutien financier tout au long de mon parcours scolaire m'a été d'un grand support et m'a permis de réaliser plusieurs rêves tout en terminant ma maîtrise.

Je tiens ensuite à remercier mes deux directrices de mémoire, Catherine Des Rivières-Pigeon et Charo Rodriguez, pour tout le temps et l'énergie qu'elles m'ont consacrée. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir partagé votre savoir et vos connaissances afin que ce mémoire soit une réussite.

Je souhaite également remercier mes ami(e)s qui m'ont aidé dans mon recrutement ainsi que les femmes qui ont gentiment accepté de participer à cette étude malgré leur horaire chargé de nouvelle maman. Le récit de vos expériences a été d'une grande richesse autant sur un plan personnel que pour la réalisation de ce mémoire.

Un merci particulier à mon mari qui a su être patient avec moi tout au long de la rédaction de ce travail et qui a su me remonter le moral lors des périodes de découragement.

Finalement, merci à ma petite Juliette qui m'a accompagnée au cours des neuf derniers mois d'écriture. Tu as été une grande source de motivation dans les derniers miles de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 L'alimentation du nouveau-né au fil des siècles : survol historique et social.....	4
1.1.1 L'alimentation du nouveau-né au Canada et au Québec : mise en contexte.....	8
1.2 La prise de position des organismes internationaux concernant l'alimentation des nourrissons.....	10
1.2.1 Le code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981).....	10
1.2.2 Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989).....	12
1.2.3 Déclaration Innocenti (1990).....	13
1.2.4 L'initiative des hôpitaux amis des bébés (1991).....	13
1.2.5 Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002).....	14
1.3 La position des organismes publics de santé au Canada et au Québec à l'égard de l'allaitement maternel.....	15
1.4 Sommaire.....	15
1.5 Revue de la littérature sur la décision et la façon de nourrir son nourrisson.....	17
1.5.1 Le choix du mode d'alimentation du nourrisson.....	17
1.5.2 L'allaitement maternel.....	18
1.5.3 Les facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement.....	19
1.5.4 L'expérience d'allaitement ou de non-allaitement des mères.....	20
1.5.5 Sommaire de la revue de la littérature et présentation des questions de recherche.....	22

CHAPITRE II

L'ALLAITEMENT : À LA CROISSÉE DES DISCOURS DOMINANTS SUR LA MATERNITÉ ET LE RISQUE EN SANTÉ.....	23
2.1 Discours sur la maternité : survol historique.....	24
2.1.1 La maternité contemporaine : maternité totale ou intensive.....	29
2.1.2 La médicalisation de la maternité.....	30
2.2 Discours en santé.....	32
2.2.1 Le discours du risque.....	32
2.3 L'intersection de ces différents discours.....	35

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE.....	38
3.1 Devis de l'étude.....	38
3.2 Participantes de l'étude: stratégie de recrutement et caractéristiques socio-démographiques.....	39
3.2.1 Stratégie de recrutement.....	39
3.2.2 Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	40
3.2.2.1 Age et statut civil.....	40
3.2.2.2 Le niveau de scolarité des répondantes et le revenu familial.....	40
3.2.2.3 Lieu de naissance et langue.....	42
3.3 Méthode de collecte des données : les entrevues.....	42
3.3.1 La grille d'entrevue.....	43
3.4 Analyse des données : l'analyse thématique.....	44

CHAPITRE IV

L'EXPÉRIENCE DES MÈRES QUI NOURRISSENT LEUR ENFANT AU BIBERON : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	47
4.1 Contexte social dans lequel les femmes ont pris leur décision concernant la façon de nourrir leur nouveau-né.....	47
4.1.1 Le réseau de santé québécois : porte étendard de l'allaitement.....	48
4.1.1.1 Les institutions de santé publiques.....	48
4.1.1.2 Attitude des professionnels de la santé envers les femmes.....	49
4.1.2 Les médias de l'information.....	51

4.1.3 Perception de l'allaitement au biberon dans la population québécoise.....	52
4.2 La décision concernant la manière de nourrir son enfant : au sein ou au biberon.....	53
4.2.1 La décision de nourrir son enfant au biberon.....	53
4.2.1.1 Donner le biberon pour pouvoir partager le plaisir et la tâche en famille.....	54
4.2.1.2 Donner le biberon pour avoir plus de liberté.....	55
4.2.1.3 Donner le biberon pour la régularité.....	56
4.2.1.4 Donner le biberon pour garder l'aspect intime des seins.....	56
4.2.2 La décision de nourrir son enfant au sein.....	57
4.2.2.1 Allaiter parce que c'est la meilleure alimentation pour le nourrisson.....	57
4.2.2.2 Allaiter pour le contact et la fierté.....	58
4.2.2.3 Allaiter pour suivre le courant.....	59
4.3 Issu de l'expérience.....	59
4.3.1 Expérience positive.....	60
4.3.2 Expérience négative.....	64
 CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	67
5.1 Contributions de la recherche.....	81
5.2 Limites de recherche.....	82
 CONCLUSION.....	83
 ANNEXE A	
FEUILLET D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE.....	85
 ANNEXE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	86
 ANNEXE C	
GRILLE D'ENTREVUE.....	85
 BIBLIOGRAPHIE.....	92

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau	Page
1.1 Résumé du <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé.....	11
1.2 Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	12
3 Caractéristiques socio-économiques des répondantes.....	41

Figure	Page
1.1 Intersectionnalité des discours sur l'allaitement, la maternité et le risque en santé.....	36
3.1 Extrait d'entrevue et codes appliqués.....	46
3.2 Schéma thématique.....	46

RÉSUMÉ

L'allaitement est actuellement un sujet très populaire au sein de différents milieux tant public, scientifique, médical, que gouvernemental. Cette pratique est hautement valorisée selon diverses études, de sorte qu'elle est fortement recommandée par les professionnels de la santé, les gouvernements et mêmes les organisations internationales.

Dans ce contexte social, comment les mères qui nourrissent leur enfant avec des préparations lactées vivent-elles cette expérience?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de considérer d'abord le discours actuel concernant la maternité, mais aussi celui du risque en santé puisque, comme nous le verrons, ces discours se joignent à celui de l'allaitement et sont tous partie prenante du contexte à l'intérieur duquel les femmes nourrissent leur enfant.

Cette recherche prend la perspective d'un devis de recherche qualitatif descriptif et présente les résultats d'une étude visant à mieux comprendre l'expérience de vie de mères québécoises francophones qui n'ont pas allaité leur nourrissons, et ce, dans un contexte social qui favorise et légitimise l'allaitement maternel.

Ces femmes nous révèlent les différentes raisons qui mènent au choix concernant la nutrition du nourrisson ainsi que la complexité et la singularité de l'expérience qu'elles ont vécues. Parmi les résultats obtenus, on remarque que les femmes qui avaient prévu utiliser les préparations lactées afin de nourrir leur nourrisson décrivent leur expérience de façon positive. Les femmes interrogées qui avaient prévu allaiter ont également bien vécu cette expérience sauf dans deux cas où il a été question de sentiment d'échec et de culpabilité.

Mots clés : formule de préparation lactée; allaitement maternel; mère; discours sur la maternité; discours du risque;

INTRODUCTION

Au cours des siècles précédents, les modes d'alimentation des nouveau-nés à travers le monde ont quelque peu varié. Passant de l'allaitement en tant que premier mode d'alimentation infantile, à une pratique quasi abandonnée suivant les années de l'après-guerre, l'allaitement connaît une remontée importante depuis le début des années 1970 (Beaudry et al., 2006). La mobilisation croissante des différents organismes et gouvernements ainsi que la reconnaissance scientifique des bienfaits de l'allaitement, ont entre autres contribué à cette progression de l'allaitement. En effet, au cours des dernières décennies, les appuis des professionnels de la santé en faveur de l'allaitement ont augmenté de façon considérable parallèlement aux initiatives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF. Ces initiatives sont essentiellement destinées à la promotion et à la protection de l'allaitement ainsi qu'au soutien des femmes qui allaitent et à l'augmentation de l'initiation, de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement. Ainsi ont vu le jour diverses recommandations, propositions et initiatives, tels le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), la déclaration Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990) et l'Initiative des Hôpitaux amis des bébés (1992).

Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait en 2001 un document intitulé *L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices*, dans lequel il formule des principes de fonctionnement en matière d'allaitement maternel « pour guider les actions du ministère, des régies régionales (agences de la santé et des services sociaux), des directions de la santé publique, des établissements, des professionnels de la santé, des groupes de soutien et des organismes communautaires » (p.7). Dans ce document, le MSSS prend position en faveur de l'allaitement maternel, le protège et le soutient, et ce, dans le but de promouvoir la santé des Québécois. De plus, il recommande l'allaitement maternel

exclusif durant les six premiers mois de vie du bébé et sa poursuite pendant au moins un an. Le contexte mondial, mais aussi québécois, en est un très favorable à l'allaitement. « Les nombreux efforts de la part des autorités publiques, nationales et mondiales pour accroître l'initiation et la persistance de l'allaitement maternel témoignent de l'intérêt grandissant pour cette pratique millénaire » (Bayard, 2006, p.21).

La littérature scientifique et populaire regorge d'études démontrant les bienfaits de l'allaitement maternel. Les professionnels de la médecine, les infirmières, les sages-femmes, le discours de santé publique et les politiques publiques mettent continuellement l'emphasis sur le fait que l'allaitement est le meilleur choix pour les enfants, les mères, l'environnement et l'économie globale. Dans un tel contexte, **comment les femmes qui n'allaitent pas vivent-elles cette expérience?** Les travaux québécois se concentrant sur l'expérience sociale et émotionnelle du non-allaitement sont peu communs. Pourtant, d'après une perspective sociologique voire féministe, les voix de femmes concernant cette expérience sont essentielles afin d'ajuster les priorités de santé publique en conséquence puisque celles-ci représentent près de 25 % des mères québécoises (Institut de la Statistique du Québec, 2005-2006).

Dans le cadre de ce mémoire, c'est l'expérience des femmes québécoises francophones qui nourrissent leur enfant avec des préparations de formule lactée qui sera étudiée. Le premier chapitre de ce travail de recherche établit sa problématique. On y présentera d'abord un survol historique et social des moyens adoptés par les femmes à travers le monde pour nourrir leur nouveau-né pour ensuite se recentrer sur le contexte historique et social québécois à l'intérieur duquel les femmes ont nourri leur bébé. Ce premier chapitre comprendra également la présentation des différentes initiatives mondiales et nationales en matière de nutrition du nourrisson qui ont vu le jour au cours des dernières années. Enfin, les recherches ayant été effectuées en lien avec notre sujet ainsi que les questions de recherche qui sous-tendent notre projet seront présentées.

Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation d'un complément théorique de la revue de la littérature effectuée au premier chapitre. Puisque la pratique de l'allaitement est

un geste qui varie selon le contexte historique, social et culturel et que cette pratique est intimement liée à la maternité et à la santé, il apparaissait primordial de dessiner les contours des discours dominants sur la maternité et sur la santé, d'autant plus que ces notions serviront de bases à notre analyse des résultats. Ce chapitre abordera, dans un premier temps le parcours historique du rôle de la mère et du discours sur la maternité, puis dans un deuxième temps, présentera le discours du risque en santé. Finalement, nous verrons comment ces discours se superposent au discours dominant sur l'allaitement.

Le troisième chapitre a, quant à lui, pour but de décrire la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de ce mémoire. Le devis adopté dans le cadre de notre étude sera d'abord explicité. Puis, nous décrirons la stratégie de recrutement que nous avons utilisée et les caractéristiques des participantes seront présentées. Une section sera consacrée aux méthodes de collecte et d'analyse choisies, soient respectivement l'entretien individuel et l'analyse thématique. Pour finir, nous discuterons des stratégies utilisées afin d'assurer la validité de notre étude.

Les résultats de cette recherche seront présentés dans le quatrième chapitre. La première partie sera consacrée à la description du contexte social actuel selon les mères, dans lequel s'inscrit la prise de décision à l'égard de la façon de nourrir son enfant. Dans la deuxième partie, il sera question de la décision, prise par nos répondantes, d'allaiter ou non et des raisons que celles-ci ont évoquées pour soutenir ce choix. Finalement, la façon dont a été vécue cette expérience, que nous nommerons *issue de l'expérience*, sera l'objet de la troisième partie.

Le cinquième et dernier chapitre présenté comme étant celui de la discussion des résultats, exposera les liens entre nos résultats et les caractéristiques des discours sur la maternité et sur la santé présentés dans le deuxième chapitre. Nous terminerons ce chapitre par la présentation des limites de notre étude, ainsi que ses contributions.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire se penchant sur l'expérience vécue par des femmes de nourrir un enfant dans un certain contexte de vie, ce premier chapitre a pour objectif de bien cerner cette thématique d'investigation. Pour ce faire, nous effectuerons premièrement un survol historique et social des moyens adoptés par les femmes à travers le monde pour nourrir leur nouveau-né. Par la suite, nous recentrerons notre tour d'horizon sur le contexte historique et social québécois à l'intérieur duquel les femmes ont nourri leur bébé. La deuxième partie inclut la présentation des différentes initiatives mondiales et nationales en matière de nutrition du nourrisson qui ont vu le jour au cours des dernières années. Finalement, les recherches ayant été effectuées en lien avec notre sujet ainsi que les questions de recherche qui sous-tendent notre projet seront présentées.

1.1 L'alimentation du nouveau-né au fil des siècles : survol historique et social

L'allaitement est une pratique qui s'inscrit dans l'histoire des sociétés, la diversité des images représentant ce geste à travers le temps en témoigne. Tel que noté par Lett et Morel (2006) : « Depuis la nuit des temps, les hommes ont éprouvé le besoin de représenter les gestes de la lactation » (p.7). Dans les sociétés anciennes, notamment égyptienne et romaine, les statuette de déesses allaitantes étaient effectivement très présentes et avaient une fonction protectrice des femmes et des enfants. Au même titre que le sang et le sperme, le lait maternel avait une valeur très symbolique et donc le sein nourricier conférait aux femmes une forme de puissance (Lett et Morel, 2006). Même Marie, mère du Christ qui a été exemptée par la tradition chrétienne de toutes les épreuves liées à la reproduction (elle n'a jamais eu de

règles, elle est restée vierge et n'a pas souffert des douleurs de l'accouchement) a donné le sein à son divin enfant. L'allaitement a effectivement une signification hautement symbolique dans le Nouveau Testament. Il prouve d'abord l'humanité de Jésus, mais le lait de Marie évoque également le dévouement sans borne d'une mère envers son enfant, l'oblation de son corps ainsi que l'intimité de la relation mère/enfant (Kniebiehler, 2007). Pourtant, certaines découvertes laissent croire que déjà à cette époque-là, l'allaitement n'était pas l'apanage de toutes les femmes. Ainsi, la découverte de biberons près de sépultures de jeunes enfants plus de 4000 ans avant Jésus-Christ lève un doute sur le fait qu'ils aient pu être nourris autrement qu'au sein (Roques, 2001).

C'est dans l'Antiquité que la pratique de la mise en nourrice a commencé à se développer. D'abord réservée aux familles princières, la pratique s'est peu à peu étendue aux classes aisées de la population (Lett et Morel, 2006). Selon Kniebiehler (2007), les Romaines, contrairement aux Grecques avaient recours à des esclaves qui étaient chargées de l'allaitement et cette pratique n'était pas seulement réservée aux couches supérieures de la société. Parmi les motifs justifiant le recours aux nourrices, figurent entre autres, le désir d'une nouvelle naissance souvent lié à des raisons successorales, la crainte que la mère transmette certaines de ses caractéristiques au bébé via le lait ainsi que la méfiance de l'intimité que faisait naître l'allaitement entre la mère et l'enfant, le garçon devant être protégé contre la tendresse de sa mère (Kniebiehler, 2007).

À partir du XIII^e et XIV^e siècle, on assiste, principalement dans les villes, à une démocratisation de la mise en nourrice. C'est d'ailleurs au XIII^e siècle qu'ouvre le premier bureau de nourrices à Paris (Badinter, 1980). Certains ouvrages médicaux émettent des recommandations concernant le choix de la bonne nourrice qui fera naître un modèle idéal qui subsistera jusqu'au milieu du XIX^e siècle (Kniebiehler, 2007). Notons qu'il est tout à fait essentiel que la nourrice s'abstienne de rapports sexuels puisque selon les médecins de l'époque, une femme ne peut pas accomplir à la fois ses devoirs d'épouse et ses devoirs de mère nourricière.

En France, l'industrie nourricière atteint son apogée au XVIII^e siècle, alors que la plupart des enfants sont placés à la campagne pour une période d'un à trois ans. Selon Lett et

Morel, les raisons de ces nombreux placements sont complexes. Ils évoquent notamment le travail des mères de plus en plus nécessaire au cours de la première révolution industrielle. Ensuite, le désir d'imiter les nobles et les grands bourgeois en signifiant son appartenance au monde de la ville. Soulignons que les paysannes constituent 80% de la population qui continue à allaiter leurs enfants et qu'en raison d'un surpeuplement des campagnes françaises entraînant difficultés économiques et surplus de main d'œuvre, elles sont nombreuses à offrir leur service de nourrice à bas prix, permettant ainsi à des couches citadines modestes d'avoir accès à un service qui était auparavant réservé à l'élite. Finalement, en envoyant leur nourrisson à la campagne, les citadins ont la volonté de leur faire épargner le mauvais air des villes souvent insalubres.

Toutefois, la France est le seul pays européen où la mise en nourrice est répandue de façon aussi massive. Ailleurs, cette pratique est plutôt réservée aux familles plus aisées. En Angleterre par exemple, le lait de vache est souvent préféré au lait des nourrices. Ainsi, lorsqu'il est impossible de donner du lait féminin en raison de la mort de la mère, il n'est pas rare que le bébé soit nourri avec du lait de provenance animal soit au biberon ou directement au pis de l'animal (Roques, 2001).

Vers la fin du XVIII^e siècle, on commence à s'intéresser à la surmortalité des enfants mis en nourrice. Le long voyage entre la ville et la campagne, le manque d'hygiène dans les maisons paysannes et parfois le manque de lait des nourrices ayant trop pris d'enfants sont souvent fatales pour les nouveaux-nés (Lett et Morel, 2006). Soucieux de combattre la mortalité infantile, les médecins se concentrent sur le problème de l'alimentation du premier âge. Ils expérimentent alors, sur les enfants abandonnés dans les hospices, le lait de divers animaux, du lait plus ou moins dilué, ainsi que des bouillies de toutes sortes. Les résultats sont décevants et on conseillera dorénavant aux mères d'allaiter elles-mêmes leurs enfants. Pourtant, la pratique de la mise en nourrice se poursuivra jusqu'au XIX^e siècle. Il faudra attendre la première loi de la protection de la petite enfance qui instaurera des contrôles réguliers de la pratique ainsi que la révolution pasteurienne avant de voir reculer la mise en nourrice (Lett et Morel, 2006).

L'industrialisation, la maîtrise de nouvelles techniques de fabrication, la croissance de la consommation ainsi que la libération des mœurs ont participé à l'essor des substituts de lait maternel et des biberons qui offraient désormais une alternative beaucoup moins coûteuse aux nourrices (Roques, 2001). Peu à peu, les médecins découvriront que l'allaitement artificiel leur offre des nouveaux moyens d'investigations. En effet, grâce aux biberons ils peuvent dorénavant étudier la quantité et la qualité de lait dont un enfant a besoin aux différents âges (Kniebiehler, 2007). Aux États-Unis et en France, considéré comme plus sûr, plus régulier et plus hygiénique que l'allaitement au sein, les médecins n'hésitent pas dès les années 1900 à recommander le biberon (Lett et Morel, 2006). La montée du mouvement féministe au début des années 1960-1970 ainsi que l'entrée massive des femmes sur le marché du travail entraîneront une baisse importante du pourcentage des femmes qui allaitent (Lett et Morel, 2006). Vu comme une forme d'esclavage, il devient presque honteux et ridicule d'allaiter (Kniebiehler, 2007).

Le règne du biberon ne sera que de courte durée puisque dès le début des années 1980, le regroupement de mères nommé La Leche League, milite à travers le monde en faveur de l'allaitement au sein. Ayant découvert les conséquences désastreuses de l'utilisation des laits en poudre dans les pays pauvres en raison de l'eau insalubre et des conditions d'hygiène difficiles, la League trouvera des appuis de taille auprès de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Unicef. Notons également que plusieurs recherches épidémiologiques se consacrent à démontrer les avantages de l'allaitement pour la mère et le nourrisson. Dès lors, les médecins et les grandes organisations internationales concluent à la nécessité de l'allaitement maternel. Nous consacrons, un peu plus loin, une section de ce chapitre à la présentation des différentes stratégies adoptées au niveau international afin d'encourager l'allaitement maternel.

Ainsi, l'allaitement au sein ou au biberon a connu de multiples évolutions, tant dans les représentations sociales que dans les pratiques quotidiennes. De ce point de vue, l'allaitement n'est pas le simple choix d'une mère, mais plutôt le résultat d'un contexte historique et culturel précis qui amène une mère, mais aussi son entourage à faire des choix (Lett et Morel, 2006).

1.1.1 L'alimentation du nouveau-né au Canada et au Québec : mise en contexte

Les données historiques concernant l'alimentation du nouveau-né au Canada sont peu abondantes et relativement récentes (Nathoo et Ostry, 2009). Toutefois, nous savons que les femmes des groupes autochtones ainsi que les nouvelles arrivantes des années 1600 et 1700 allaitaient leur enfant durant une période de deux à trois ans (Nathoo et Ostry, 2009). Il semblerait que les femmes des communautés agricoles du Québec, provenant majoritairement de la France, avaient tendance à sevrer leur enfant plus tôt et à allaiter en moins grand nombre (Nathoo et Ostry, 2009). En effet, les pratiques d'allaitement variaient selon le groupe d'immigrant, les femmes suivaient les pratiques qui leur avaient été inculquées dans leur pays d'origine.

C'est vers les années 1700 que la pratique de la mise en nourrice apparaît en Nouvelle-France. Néanmoins, cette pratique ne connaîtra pas la même popularité au Canada qu'elle a connue en France (Gauvreau, 1987).

Vers la fin des années 1800, l'industrialisation, l'urbanisation ainsi que l'émergence des sciences et des technologies influenceront considérablement le taux de mortalité infantile (Nathoo et Ostry, 2009). En 1860, à Montréal, un enfant sur trois n'atteindra pas l'âge d'un an. Les conditions de travail difficiles des femmes, qui représentaient alors 42% de la force de travail industriel à Montréal, détérioraient leur état de santé. Les conditions sanitaires de la ville, la chaleur de l'été, le froid de l'hiver et la pauvreté font en sorte que les femmes qui ont recours au lait de vache ou à l'eau pour nourrir leur bébé sont plus à risque de voir ces derniers développer des problèmes de santé (Guérard, 1996).

En réponse à ces taux de mortalité infantile élevés ainsi qu'aux autres problèmes sociaux résultant de l'industrialisation et de l'urbanisation rapide, plusieurs réformes verront le jour dès le début des années 1900. Le gouvernement aidé par quelques organisations volontaires, contribuera au développement de la santé publique et fera la promotion de l'allaitement en s'assurant également de promouvoir certaines alternatives sans danger (Baillargeon, 2004).

C'est justement vers la fin du 19^e siècle que les préparations lactées pour nourrissons font leur arrivée sur le marché canadien (Nathoo et Ostry, 2009). Quelques années plus tard, l'alimentation des enfants deviendra une nouvelle spécialité médicale auprès des pédiatres. Bien que la majorité des médecins recommandent l'allaitement maternel, les publicités de préparations pour nourrissons et l'abondance de littérature médicale concernant les bienfaits des laits commerciaux font en sorte que plusieurs mères et spécialistes ont davantage confiance en la deuxième alternative. En effet, on se questionne sur la qualité du lait de la mère et l'habileté de ces dernières à produire suffisamment de lait (Nathoo et Ostry, 2009).

Au début du 20^e siècle, le savoir concernant les propriétés du lait maternel se développe sans cesse. Au point où l'allaitement maternel devient la clé du problème de mortalité infantile. La formation du *Federal Department of Health* en 1919 signale le début des politiques canadiennes concernant la maternité et l'allaitement. Ce dernier étant vu non seulement comme un élément majeur pour résoudre la mortalité, mais aussi comme un acte symbolisant le patriotisme et la bonne maternité (Nathoo et Ostry, 2009). La mort de 60 000 canadiens durant la Première Guerre mondiale fera réaliser l'importance de la santé des mères et des enfants afin de préserver la force de la nation. La création de la *Division of Child Welfare* mènera à la publication du *The Canadian Mother's Book* à l'intérieur duquel la physicienne Helen McMurphy démontrera le désir d'établir l'allaitement comme « the Canadian way » pour nourrir les nouveaux-nés au pays. Toutefois, la volonté d'appliquer certains principes scientifiques à l'allaitement ne mènera pas nécessairement au succès de cette pratique. Les mères sont plutôt divisées entre ces recommandations parfois difficiles à suivre et la réalité de leur vie quotidienne (Nathoo et Ostry, 2009). L'amélioration croissante des préparations pour nourrissons fera décliner rapidement la durée et l'initiation de l'allaitement malgré les publications du gouvernement. Les alternatives à l'allaitement n'étant plus vues comme dangereuses, l'allaitement devenait optionnel. Simultanément à cela, s'opérait la médicalisation de l'accouchement qui n'était pas sans conséquence sur la diminution des taux d'allaitement. De plus, la Seconde Guerre mondiale a fait augmenter le nombre de femmes sur le marché du travail ce qui a également eu pour effet de diminuer les taux d'allaitement (Beaudry et al. 2006). Peu à peu, les familles québécoises se mettent à apprécier les avantages de l'utilisation du biberon, tel que la participation du père et le retour

au travail de la mère. L'allaitement sera désormais perçu par les femmes comme étant une pratique dépassée et impudique (Nathoo et Ostry, 2009).

Vers la fin des années 1960 et le début des années 1970, les taux d'allaitement commencent à augmenter à travers le Canada. Un peu plus tard, l'émergence du mouvement la Leche League remet en question les avancées technologiques et le savoir scientifique afin de mettre l'emphasis sur le savoir et l'expérience des mères. De plus, l'intérêt international concernant les stratégies de marketing agressives dans le Tiers-monde de certaines compagnies de préparations pour nourrissons a également contribué à activer le débat auprès des nouvelles mères, des professionnels de la santé et du gouvernement sur l'importance de l'allaitement et les façons de l'encourager (Badinter, 2010).

C'est au début des années 1980 que le gouvernement fédéral lancera sa campagne de promotion de l'allaitement. Les initiatives du gouvernement en faveur de l'allaitement coïncideront avec celles des différentes organisations internationales. Bien que le pourcentage de femmes qui allaitent a considérablement augmenté depuis les années 1970, l'allaitement n'est pas le choix ou n'est pas possible pour toutes les femmes. Ceci étant dit, les différentes stratégies du gouvernement afin de protéger, promouvoir et encourager l'allaitement, ne semblent pas tenir compte de ces dernières.

À ce contexte historique et social particulier à l'intérieur duquel les femmes nourrissent leur enfant, vient s'ajouter différentes initiatives d'organismes internationaux et de gouvernements que nous présenterons dans les lignes qui suivent.

1.2 La prise de position des organismes internationaux concernant l'alimentation des nourrissons

1.2.1 Le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981)

Une des premières initiatives à voir le jour au niveau mondial fut le « Code international de commercialisation des substituts de lait maternel ». Commandité par l'OMS, il fut adopté par

118 pays, dont le Canada (OMS, 1981). C'est principalement dans le but de freiner les hauts taux de mortalité infantile dans les pays en voie de développement que ce code fut élaboré. En effet, en raison de leur grande pauvreté, plusieurs mères préparaient les substituts de lait maternel dans des conditions insalubres et en utilisaient de trop petites quantités. Ce Code vise donc à promouvoir une nutrition sécuritaire, saine et adéquate pour les nourrissons en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein. Les articles du Code visent notamment les gouvernements des pays signataires, les fabricants et les distributeurs de préparations pour nourrissons, de biberon et de tétine ainsi que les institutions, les regroupements professionnels, le personnel et les professionnels des établissements de santé. Le tableau 1 tiré de *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices* (2001), présente un résumé du Code.

Tableau 1.1

Résumé du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé ».

10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

1.2.2 Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989)

En 1989 l'OMS et l'UNICEF énoncent dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel à l'intérieur de leur déclaration conjointe intitulée *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*. Comme son nom l'indique, cette déclaration s'appuie sur le rôle déterminant que peuvent jouer les services de santé afin d'encourager l'allaitement au sein. Les Dix conditions suggèrent donc certains changements afin que toutes les femmes reçoivent les informations et le soutien nécessaire pour favoriser l'allaitement. Certaines des conditions s'appliquent particulièrement au milieu hospitalier et aux maisons de naissance alors que les autres sont destinées à tous les établissements offrant des soins périnataux.

Tableau 1.2

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
<p>Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants. 2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique. 3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. 4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance. 5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la

- lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
 7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
 8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

1.2.3 Déclaration Innocenti (1990)

Toujours dans le but de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel, l'OMS et l'UNICEF ont organisé en 1990 une réunion qui avait pour titre *L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale*. Élaborée et adoptée par les représentants de 30 pays et de divers organismes internationaux, cette déclaration énonce la nécessité que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Ils suggèrent de poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà, tout en introduisant certains compléments. Afin de soutenir cet objectif, la déclaration propose que chaque gouvernement : 1) désigne un coordonnateur national et crée un comité national pour la promotion de l'allaitement ; 2) s'assure que chaque établissement qui dispense des soins de maternité et des soins aux nouveau-nés respecte les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* ; 3) mette en œuvre les articles du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* ; et 4) promulgue des lois afin de concilier la vie professionnelle des femmes et l'allaitement.

1.2.4 L'initiative des hôpitaux amis des bébé (1991)

Une fois de plus, l'OMS et l'UNICEF se sont réunis afin de proposer, en 1991, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) qui a pour objectif de faire de toutes les maternités des lieux de soutien à l'allaitement maternel. Pour recevoir cette appellation, les établissements doivent respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*

ainsi que les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. En 2006, plus de 20 000 établissements de 152 pays étaient reconnus « Amis des bébés » (OMS, 2006).

Au Québec et au Canada, afin d'étendre l'Initiative à tous les milieux pouvant être fréquentés par les pères, les mères et les familles, l'Initiative a été renommée l'Initiative des amis des bébés (IAB). Tout comme au niveau international, cette stratégie vise à créer des environnements favorables à l'allaitement maternel et donne aux établissements la responsabilité d'offrir des services de qualité en matière d'alimentation infantile. En 2010, 27 établissements au Québec étaient officiellement désignés « Amis des bébés » sur un total de 244. Notons toutefois que selon 200 gestionnaires de CLSC et de centres accoucheurs interviewés dans le cadre de l'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB à l'échelle provinciale, 56,5 % d'entre eux avaient l'intention de déposer une demande officielle de certification avant 2010 (MSSS, 2011).

1.2.5 Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002)

Au cours des années 2000, l'OMS et l'UNICEF ont senti le besoin de réitérer l'importance de protéger, promouvoir et soutenir une alimentation adaptée pour les nourrissons et les jeunes enfants. S'appuyant sur les initiatives précédemment présentées, cette stratégie identifie « les interventions qui ont fait leurs preuves » (OMS, 2003, p.1). De plus, elle insiste sur le soutien dont les mères et les familles doivent bénéficier pour remplir leur rôle crucial, et elle définit formellement les obligations et les responsabilités à cet égard des gouvernements, des organisations internationales et des autres parties concernées. Dans le but d'améliorer l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie du nourrisson et du jeune enfant, on recommande cette fois-ci que le nourrisson soit exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de sa vie. On affirme que la majorité des femmes peuvent et doivent allaiter et que ce n'est que dans certaines situations exceptionnelles que l'allaitement maternel n'est pas possible.

1.3 La position des organismes publics de santé au Canada et au Québec à l'égard de l'allaitement maternel

Suite aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, de nombreuses associations et ordres professionnels du Québec et du Canada ont pris position afin de soutenir et protéger l'allaitement maternel. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a notamment publié en 2001 ses lignes directrices concernant l'allaitement maternel. À l'intérieur de ce document, le MSSS définit différents objectifs dont le principal qui était d'atteindre pour 2007 une prévalence de l'allaitement maternel de 85 % à la sortie des services de maternités, de 70 % au deuxième mois, de 60 % au quatrième mois, de 50 % au sixième mois et de 20 % à un an. Pour ce faire, le Ministère a établi quatre stratégies dont l'Initiative des amis des bébés, l'organisation du soutien à l'allaitement, le suivi et l'évaluation des taux d'allaitement ainsi que l'utilisation du pouvoir d'influence du MSSS, des établissements et des intervenants afin d'amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement.

Parmi les autres instances ayant pris position, nommons entre autres ; la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada, Agriculture et agroalimentaire Canada, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, le Regroupement des sages-femmes du Québec, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins du Québec et l'Association des pharmaciens du Canada (MSSS, 2001). De façon générale, ces regroupements endossent les lignes directrices du MSSS et recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à au moins six mois.

1.4 Sommaire

En somme, ce tour d'horizon des prises de positions des organismes internationaux et nationaux concernant l'alimentation des nourrissons permet de cerner le contexte actuel mondial et national à l'intérieur duquel les femmes choisissent le mode d'alimentation de leur enfant, mais aussi à l'intérieur duquel elle le nourrissent. Ces initiatives qui visaient à

l'origine les pays du tiers-monde aux prises avec des taux de mortalité infantile très élevés ont fini par s'étendre à l'échelle de la planète. Dès lors, les études concernant les bienfaits de l'allaitement maternel et les effets négatifs de l'alimentation artificielle ne cessent d'augmenter.

Ceci étant dit, malgré le consensus généralisé à l'égard des bienfaits de l'allaitement en toute circonstance, des voix se sont levées pour remettre ces études en perspective. Ainsi, pour la sociologue américaine Linda Blum (1999), les avantages de l'allaitement dans les pays développés sont surestimés et les bénéfices proclamés sont loin d'être établis. En effet, il semblerait que la plupart des études représentant les bénéfices de l'allaitement démontreraient plutôt les impacts d'un statut socio-économique sur la santé des bébés (Knaak, 2006). Également, nous ne pouvons passer sous silence le fait que les différences entre l'état de santé des bébés allaités ou non dans les pays en voie de développement est bien différent de celui des bébés dans les pays développés où l'accès à l'eau et à des soins de santé n'est aucunement un problème (Knaack, 2006). Cette façon de promouvoir l'allaitement pose un problème en terme de respect de l'autonomie individuelle (Nathoo et Ostry, 2009). Nous verrons dans le chapitre suivant que ces études et ces recommandations s'insèrent à l'intérieur d'un contexte social et culturel où règnent des discours sur la maternité et la santé qui modèlent les décisions et les expériences des femmes concernant la façon de nourrir leur enfant.

Notre étude s'insère donc dans le groupe d'études minoritaires, qui adoptent une position critique face à l'incontestabilité de l'allaitement maternel. Nous verrons dans la revue de la littérature qui suit que la majorité des écrits concernant l'allaitement se concentrent sur la durée et l'initiation de cette pratique ou encore sur l'analyse des caractéristiques socio-démographiques qui influencent cette pratique.

1.5 Revue de la littérature sur la décision et la façon de nourrir son nourrisson

1.5.1 Le choix du mode d'alimentation du nourrisson

Tout d'abord, selon l'étude de Lepage et Moisan (1998), 80% des mères décident de la méthode d'alimentation de leur nourrisson avant ou pendant les deux premiers trimestres de la grossesse. Cette étude menée auprès de femmes canadiennes anglophones démontre que les principales raisons qui incitent les mères à allaiter, sont les avantages physiques, le mode d'alimentation naturel que représente l'allaitement ainsi que les avantages psychologiques d'une relation privilégiée avec l'enfant. Une attitude négative de la mère à l'égard de l'allaitement, ses besoins personnels, ses désirs, ses responsabilités et ses expériences antérieures peuvent par contre déterminer le choix de ne pas allaiter. Une recherche portant sur la décision d'allaiter ou non de femmes australiennes arrive à la conclusion que certaines femmes voient cette expérience comme gratifiante et naturelle (Sheehan et al., 2003). Selon ces dernières, l'allaitement fournit une connexion continue entre elle et leur bébé, ce qui représente un avantage et un privilège. Les autres femmes de cette étude ont identifié l'allaitement au sein comme étant inconfortable et répulsif. Pour elles, le contact du bébé avec leur poitrine était difficile. Dans ce sens, une thèse de Doctorat réalisée à Paris a mis en évidence les différents motifs évoqués par les mères qui avaient choisi d'avoir recours à l'allaitement artificiel (Triaa Benhammadi, 2009). Les femmes expliquent principalement leur choix par la commodité du biberon et le retour au travail précoce. Pour celles qui avaient choisi d'allaiter, la première raison avancée par les mères est le bénéfice escompté sur la santé de l'enfant, puis la relation mère enfant et enfin l'aspect naturel (Triaa Benhammadi, 2009).

La décision d'allaiter est à tort souvent considérée comme étant un choix individuel et rationnel. Heureusement, quelques auteurs font l'exception en argumentant que les décisions et les expériences d'allaitement sont complexes et qu'elles sont reliées à des facteurs tels que la santé physique de la femme, la santé du bébé, les besoins de ses autres enfants ou des membres de la famille, les conditions de vie de la famille et les autres demandes sur le temps et l'énergie de la mère (Schmied et Lupton, 2001). Ces auteures ont

démontré que plutôt que d'être un acte individuel, l'allaitement ou la décision d'utiliser le lait commercial sont construits à travers des significations socioculturelles et des conditions économiques dominantes. Deux études (McIntosh, 1985; Hoddinott, 1996) conduites auprès de groupes de femmes de statut socio-économique faible ont démontré que le contexte personnel et social dans lequel l'allaitement prend place est beaucoup plus important que les connaissances et les attitudes par rapport à l'allaitement pour déterminer si oui ou non une femme décidera d'allaiter.

Un mémoire de recherche en sociologie sur les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter (Bayard, 2008) a démontré que les représentations de l'allaitement maternel sont généralement positives. Le lait maternel et le geste d'allaiter sont associés à des images de perfection, enviables et idéalisées comparativement au lait artificiel. Selon les femmes de cette étude, le geste d'allaiter apparaît non seulement comme un geste qui s'impose et qui va de soi, mais aussi comme un geste créateur de lien d'attachement entre la mère et l'enfant.

Alors dans un premier temps, nous supposons que les décisions et pratiques d'allaitement ne sont pas de simples choix individuels, mais qu'ils tirent leurs significations de contextes socioculturels et économiques spécifiques. Dans un deuxième temps, nous croyons qu'il faudrait nécessairement ne pas tenir compte de toutes les initiatives des gouvernements et des organismes pour que les femmes aient une entière liberté de choix face à cette décision. Et dans un troisième temps, bien que le geste d'allaiter semble être indéniablement lié à la bonté selon les mères des études consultées, nous ne prenons pas pour acquis cet *a priori*.

1.5.2 L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est un sujet qui a été exploré sous divers angles. Plusieurs études ont exploré les différents types de déterminants relatifs à la mère, la famille et à l'enfant pouvant influencer la pratique de l'allaitement, tant son initiation, sa durée et son exclusivité. Selon la littérature, plusieurs facteurs sociodémographiques, économiques, personnels et

psychosociaux caractérisent les femmes qui allaitent et qui n'allaitent pas. Ainsi, l'âge de la mère, son statut socio-économique, son niveau de scolarité, son origine ethnique, son retour au travail de même que son statut matrimonial peuvent influencer l'initiation et la durée de l'allaitement (Lepage et Moisan, 1998; Santé Canada, 1999; Scott, 1999; Dennis, 2002; Millar, 2005). Ces types de recherches, qui sont majoritairement de nature quantitative servent souvent à dresser un profil des femmes qui allaitent ou à recenser les facteurs qui influencent l'allaitement maternel. Selon ces recherches, les femmes plus âgées seraient plus enclines à initier et poursuivre l'allaitement. Les femmes appartenant aux échelles de revenus plus élevés de même que celles qui ont atteint un niveau de scolarité élevé sont plus nombreuses à allaiter. De plus, les femmes mariées ou en union libre ont davantage tendance à initier et poursuivre cette pratique que celles qui sont célibataires, divorcées ou séparées.

Puisque divers types de déterminants semblent caractériser la femme qui allaite, nous pouvons, dès lors, nous demander si les différentes initiatives et recommandations concernant l'allaitement en tiennent compte ou si elles contribuent à stigmatiser certains groupes de femmes?

1.5.3 Les facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement

Plus en lien avec l'expérience de non-allaitement, certaines études ont mis en lumière les facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement. Parmi les principales raisons invoquées par les femmes lors de l'arrêt de l'allaitement, on retrouve les difficultés en allaitement, telles les difficultés physiques comme les douleurs et gerçures aux mamelons, l'engorgement et les douleurs aux seins ainsi que les mastites (Melnikow et al., 1994; Bell & Rawlings, 1998). Par ailleurs, selon certaines recherches, ces difficultés peuvent brimer le lien mère-enfant et conduire à de la frustration et de la culpabilité chez la mère (Shakespeare et al., 2004, Labarere et al., 2005; Moore et Coty, 2006;). Les difficultés en allaitement plutôt liées à l'enfant comprennent pour leur part le faible gain de poids chez l'enfant, les problèmes de succion et le refus du sein, la prise de poids inadéquate de l'enfant, les pleurs importants de l'enfant, l'enfant qui est endormi, la jaunisse de même que les enfants aux prises avec une fente palatine, un frein de langue court ou autres malformations ou maladies congénitales

(Melnikow et al. 1994, Labarere et al., 2005; Moore et Coty, 2006;). Les autres raisons mentionnées dans les études pour cesser l'allaitement incluent la perception que l'enfant est prêt à être sevré, le manque de support, l'inconfort, l'incommodité liée à l'allaitement, le retour au travail rémunéré ou aux études et finalement, le fait de vouloir débiter un comportement incompatible avec l'allaitement tels qu'une perte de poids, le désir de vivre une nouvelle grossesse, le tabagisme et la consommation d'alcool (Barber et al. 1997; Dubois et al., 2000; Lepage et al., 2000). Au Québec, une étude menée dans la région de Lanaudière auprès de plus de 1000 femmes, souligne que près des trois quarts de celles-ci indiquent avoir vécu des difficultés en allaitement telles que celles mentionnées précédemment (Lepage et al. 2000; Guillemette et Badlissi 2006). Toujours au Québec, Danielle Groleau et Charo Rodriguez (2009) se sont intéressées à l'expérience de la durée de l'allaitement et de l'abandon de l'allaitement chez les mères francophones. Leur étude révèle que les mères désavantagées économiquement ont tendance à abandonner l'allaitement de façon précoce en raison des difficultés techniques rencontrées et afin de préserver leur niveau d'énergie.

Même si plusieurs études présentent les différents facteurs reliés à l'arrêt de l'allaitement qui s'avèrent souvent être en lien avec des difficultés survenues lors de l'expérience, le discours de promotion de l'allaitement présente souvent cette pratique sous un seul angle qui se révèle être positif.

1.5.4 L'expérience d'allaitement ou de non-allaitement des mères

Les recherches qui ont exploré l'expérience subjective des mères concernant la façon de nourrir son enfant relèvent premièrement que l'allaitement est un point crucial de l'identité maternelle (Schmied & Barclay, 1999; Mozingo et al., 2000; Schmied & Lupton, 2001; Flacking et al., 2005). Lorsqu'une femme entreprend d'allaiter mais qu'elle ne réussit pas, cela peut équivaloir pour la mère à une perte du sentiment de connexion avec l'enfant (Mozingo et al., 2000). Les études mentionnent que les femmes parlent de sentiments poignants d'échec, de culpabilité, de déception et de honte (Mozingo et al., 2000; Shakespeare et al. 2004; Lee, 2007a). Échouer à allaiter équivaut souvent pour certaines femmes au fait d'être de mauvaises mères (Murphy, 1999 ; Schmied and Barclay, 1999 ;

Schmied and Lupton., 2001). Schmied et Lupton concluent que cette fin peut résulter de l'acharnement à présenter et à ne promouvoir que les éléments positifs de l'allaitement. D'autres études font également mention de ces attentes idéalisées que se font les femmes de l'expérience de l'allaitement et de la différence entre leurs attentes et la réalité (Mozingo et al., 2000; Shakespeare et al., 2003; Hall & Hauck, 2007). Mozingo et al. (2000) soulignent même que certaines femmes ont eu besoin de plusieurs mois, voir même plusieurs années, pour se remettre de ce sentiment de culpabilité. Concernant la pression que les femmes ressentent pour initier ou poursuivre l'allaitement, on relève le fait que les femmes savent que l'allaitement est ce qu'il y a de mieux et qu'en tant que « bonnes mères » elles ressentent un impératif moral à réussir (Shakespeare et al., 2004). Les femmes de l'étude de Hall et Hauck (2007) soulignent qu'elles ont senti de la pression pour qu'elles allaitent autant de la part des professionnels de la santé que de la communauté et que les sentiments d'échec et de culpabilité engendrés par cette pression ont eu des effets sur leur relation avec leur enfant. Deux auteures (Lee, 2007a, 2007b, 2008; Murphy, 1999, 2000, 2004) du Royaume-Uni ont mené des études marquantes concernant le contexte social à l'intérieur duquel les femmes nourrissent leur bébé. Leurs études suggèrent que le geste de nourrir son enfant se pose dans une société où les idéologies entourant la maternité et la santé supposent que le fait de ne pas allaiter son enfant est un geste risqué. En contexte québécois, une étude a été menée auprès de mères canadiennes françaises (Groleau et al., 2009). Cette recherche avait pour objectif de comprendre l'expérience et la signification que les mères canadiennes françaises économiquement désavantagées attribuent à leur décision face à l'alimentation du nourrisson. On y révèle, entre autre, que les femmes optent pour le comportement qui les isolera le moins socialement et qui selon elles, attirera le minimum de messages négatifs de la part de leur entourage. Les femmes de cette étude qui ont donné le biberon ont dit avoir vécu des expériences stigmatisantes au cours de leur séjour à l'hôpital. Les résultats de cette étude ont menés à l'élaboration de certaines recommandations concernant les politiques de santé publique. Parmi celles-ci, on mentionne que le gouvernement devrait d'abord allouer un budget afin d'offrir aux mères un support technique et émotionnel avant d'en octroyer un destiné à la promotion de l'allaitement. Quelques autres recommandations concernent l'instauration de formations offertes aux professionnels de la santé dans le but d'offrir un suivi adéquat et sans jugement à toutes les mères.

1.5.5 Sommaire de la revue de la littérature et présentation des questions de recherche

En somme, il existe plusieurs recherches portant sur les caractéristiques des femmes qui allaitent ou qui n'allaitent pas. Certaines recherches conduites au Royaume-Uni et en Australie ont exploré la satisfaction des femmes face à leur expérience d'allaitement et elles ont également soulevé la question de l'influence sur l'identité maternelle que peut avoir cette expérience (Schmied & Barclay, 1999; Shakespeare et al. 2004; Hall & Hauck, 2007; Lee, 2007a). Mais très peu de recherches se sont intéressées à l'expérience sociale des femmes qui nourrissent leur bébé au biberon. Notre recherche portant sur les dimensions sociologiques du non-allaitement tentera donc de cerner l'état de la situation en territoire québécois, ce qui à notre connaissance n'a pas été fait jusqu'à présent. Plus particulièrement, nous voulons *décrire et comprendre l'expérience des femmes qui nourrissent leur enfant avec des formules de préparation lactée dans un contexte de promotion de l'allaitement maternel*. Nous désirons en savoir davantage sur le vécu de ces femmes peu importe que le fait de ne pas allaiter soit une décision ou le résultat d'une tentative d'allaitement qui a échouée. Pour nous, il est également important de bien *comprendre les raisons qui expliquent leur choix* ainsi que *les conséquences que cette expérience a eues dans leur vie*.

Il est finalement important de souligner que l'objet de la présente recherche s'appuie principalement sur les travaux portant sur le discours de la maternité et le discours du risque en santé, qui seront exposés dans le prochain chapitre en tant que complément théorique de la revue de la littérature.

CHAPITRE II

L'ALLAITEMENT : À LA CROISSÉE DES DISCOURS DOMINANTS SUR LA MATERNITE ET LE RISQUE EN SANTÉ

Nous l'avons vu dans le chapitre précédant, la pratique de l'allaitement est un geste qui varie selon le contexte historique, social et culturel. Et puisque cette pratique est intimement liée à la maternité et à la santé, il est primordial de dessiner les contours des discours dominants sur la maternité et sur la santé, d'autant plus que ces notions serviront de bases à notre analyse des résultats. Nous verrons qu'il est essentiel de bien comprendre chacun de ces discours afin de bien cerner l'ampleur que peut avoir la pratique ou non de l'allaitement maternel sur l'expérience des mères.

Le présent chapitre abordera donc, dans un premier temps le parcours historique du rôle de la mère et du discours sur la maternité, puis dans un deuxième temps, présentera le discours du risque en santé. Finalement, nous verrons comment ces discours se superposent au discours dominant sur l'allaitement.

En raison de notre approche inductive et de notre emphase sur la dimension descriptive de notre analyse qualitative, soulignons que ce chapitre ne se veut pas en soi un cadre conceptuel. En effet, Sandelowski suggère que le naturalisme est le fondement théorique typique des études qualitatives descriptives.

« (...) and defined it as entailing a commitment to studying a phenomenon in a manner as free of artifice as possible (...). » (Sandelowski, 2010, p.79)

De ce fait, elle souligne la non nécessité d'utiliser un cadre théorique ou conceptuel spécifique.

« (...) in any naturalistic study, there is no pre-selection of variables to study, no manipulation of variables, and no a priori commitment to any one theoretical view of a target phenomenon. » (Sandelowski, 2010, p.337)

Ceci étant dit, et puisque la mise entre parenthèses de tout *a priori* par le chercheur est impossible, cette auteure conseille également de rendre explicite le point de départ de notre étude et c'est pourquoi, nous présentons dans ce chapitre un ensemble de concepts qui permettent de mettre en contexte la pratique sociale qu'est l'allaitement ainsi que notre position en tant que chercheure.

2.1 Discours sur la maternité : survol historique

En s'appuyant sur les essais d'Élisabeth Badinter, philosophe spécialiste de la pensée des Lumières, nous tenterons de dresser un portrait de la maternité à travers les époques. Certes, cette auteure ne fait pas l'unanimité, mais son approche féministe s'inspirant de Simone de Beauvoir trace un portrait assez lucide de l'histoire de l'amour maternel.

Dans son livre *L'Amour en plus*, Badinter affirme qu'avant 1760, le comportement des mères oscillait bien souvent entre l'indifférence et le rejet. L'auteure prend bien le temps de situer cette attitude maternelle dans le climat de l'époque. En effet, l'amour constituait alors une image négative sous la sacro-sainte autorité du père et du mari. Elle rappelle également qu'avant cette date, l'enfant avait un statut insignifiant au sein de la famille. Badinter décrit le refus de donner le sein comme étant le premier signe du rejet de l'enfant. Nous l'avons vu dans le précédent chapitre, à cette époque, allaiter signifiait une bien plus grande chance de survie pour le bébé. Les arguments les plus souvent cités pour expliquer cet acte sont que l'allaitement est physiquement mauvais pour la mère et peu convenable sur le plan de l'ordre moral et social. Nous pouvons également citer une certaine volonté d'émancipation et de puissance de la part des femmes. Puisque les tâches maternelles ne faisaient l'objet d'aucune valorisation de la part de la société, les femmes devaient emprunter d'autres voies que celle du maternage pour avoir droit à quelques considérations de la part de la société. Badinter soutient qu'il n'est pas exagéré de parler de rejet de l'enfant puisqu'une fois remis à la nourrice, bien souvent, les parents ne demandaient pas de nouvelles de l'enfant de tout le séjour qui durait en moyenne quatre ans. Quand l'enfant des classes aisées revenait

de chez sa nourrice, il était aussitôt remis entre les mains d'une gouvernante jusqu'à l'âge de sept ans. Selon Badinter, la répétition des accidents et des décès des enfants suite aux mises en nourrices aurait dû alerter et inquiéter sur le sort de ceux-ci. Certes, la misère et l'ignorance expliquent en partie cette attitude, mais le désintérêt et l'indifférence en rendent aussi compte. L'auteure souligne qu'à cette époque, la pratique de la mise en nourrice n'était pas réellement condamnée par l'idéologie morale ou sociale, ce qui semble montrer « que si la mère ne subit aucune pression de ce genre, elle agit selon sa nature propre qui est égoïste, et non poussée par un instinct qui commanderait qu'elle se sacrifie à l'enfant qu'elle vient de mettre au monde (Badinter, 1980, p.135)

C'est vers la fin du XVIII^e siècle que s'opère une sorte de révolution des mentalités. L'image de la mère, de son rôle et de son importance change radicalement. Désormais, les publications recommandant aux mères de s'occuper personnellement de leurs enfants en leur ordonnant d'allaiter abondent : « Elles créent l'obligation pour la femme d'être mère avant tout, et engendrent un mythe toujours bien vivace deux cents ans plus tard : celui de l'instinct maternel, ou de l'amour spontané de toute mère pour son enfant » (Badinter, 1980, p.137). Dorénavant, la santé des enfants dépend d'abord de leur mère. Le corps de la femme est la matrice du corps social : il faut l'adapter parfaitement à la fonction reproductrice. Divers traités répandent alors l'idée que la femme, vouée par nature à la maternité, doit s'y consacrer exclusivement. La grossesse et plus encore l'allaitement constituent des moments privilégiés de moralisation. On proclame que toute mère doit nourrir son enfant : si elle a eu la force de le mettre au monde, elle aura aussi la force de le nourrir. C'est Rousseau qui s'est fait le chantre le plus éloquent de l'allaitement maternel (Knibiehler, 2007). Il fallait toutefois convaincre les femmes de redonner le sein et les arguments les plus séduisants à leurs oreilles étaient le discours du bonheur et de l'égalité. On disait aux femmes : « Soyez de bonnes mères et vous serez heureuses et respectées. Rendez-vous indispensables dans la famille et vous obtiendrez droit de cité » (Badinter, 1980, p.139). Suite au nouvel intérêt pour la démographie, l'État comprend l'importance de la population pour une nation et somme les femmes d'assumer leurs responsabilités maternelles afin d'assurer la pérennité du peuple. Ces différents discours n'étant toutefois pas suffisant pour convaincre toutes les femmes de s'occuper personnellement de leurs enfants, l'argument du retour à la nature fut donc

déployé. Selon plusieurs militants de l'allaitement maternel, tel que Plutarque, Erasme et Favorinus : « C'est la nature qui commande que la mère allaite son bébé » (Badinter, 1980, p.176). Dans cette optique, il est donc mal moralement et mauvais physiquement de lui désobéir puisque qui dit loi de la nature dit loi divine et il ne fait pas bon de désobéir à Dieu. Déjà à l'époque, on insistait sur le fait que le lait maternel convenait admirablement aux besoins de l'enfant (Lett et Morel, 2006). On promettait également aux mères qui allaitaient, beauté, tendresse de la part de l'enfant et attachement solide et constant du mari (Rousseau, 1762). Pour celles qui refusaient toujours de nourrir leur enfant, les menaces psychologiques et morales étaient de mises. Plusieurs médecins n'hésitaient pas à affirmer que ces dernières risquaient d'être frappées par diverses maladies allant jusqu'à causer la mort (Badinter, 1980). L'abandon de l'allaitement maternel est considéré comme une injustice commise à l'égard de l'enfant. En conséquence, celle qui refuse d'allaiter fait preuve de dépravation et mérite une condamnation sans appel.

Peu à peu, la femme de la fin du XVIIIe siècle et surtout celle du XIXe siècle accepta le rôle de la bonne mère. L'ère des preuves d'amour a commencé et le bébé et l'enfant devinrent les objets privilégiés de l'attention maternelle. Le règne de l'enfant roi a commencé parce qu'il est devenu le sujet majeur de la préoccupation des parents. La nouvelle mère qui se sent responsable de la santé de l'enfant ne cache pas son anxiété et demande davantage de conseils aux médecins. Nous verrons plus en détails ce nouveau lien entre les mères et les médecins dans la section portant sur la médicalisation de la maternité. Cependant, certaines femmes sont toujours résistantes et continuent de faire appel aux nourrices jusqu'à la fin du XIXe siècle. Après quoi, l'allaitement artificiel sera rendu possible grâce au progrès de la stérilisation. Ceci étant dit, le discours de la « bonne mère » et tout ce qui en découle a pris des racines. Tel que noté par Badinter (1980) :

« même si l'intensive propagande de Rousseau et de ses successeurs ne réussit pas à convaincre toutes les femmes d'être des mères au dévouement sans bornes, leurs discours eurent sur elles un puissant effet. Celles qui refusèrent d'obéir aux nouveaux impératifs se sentirent plus ou moins obligées de tricher et d'utiliser toutes sortes de faux-semblants. Quelque chose avait donc profondément changé : les femmes se sentaient de plus en plus responsables de leurs enfants. Ainsi lorsqu'elles ne pouvaient assumer leur devoir, elles se considéraient comme coupables. En ce sens, Rousseau a

remporté un succès très important. La culpabilité a gagné le cœur des femmes (p.231). »

C'est en tentant de convaincre les mères d'allaiter que Rousseau, les médecins et les moralistes ont fait vibrer cette corde de la culpabilité chez les femmes. Des arguments tels la survie des enfants, le bonheur de la famille et de la société ainsi que la puissance de la nation sont invoqués pour condamner les mères qui ne savent ou ne peuvent accomplir ce nouveau rôle qu'on leur assigne.

La mère du XXe siècle assume donc plusieurs responsabilités tel l'éducation et l'instruction. Les philosophes de l'époque ont bien pris soin de définir la nature féminine de telle sorte qu'elle implique toutes les caractéristiques de la bonne mère. Le sens du dévouement et du sacrifice en sont les caractéristiques principales. Balzac fit une description de la mère idéale qui ne s'est sentie pleinement mère qu'à partir de l'instant où elle a allaité son bébé. Ce geste fut décrit comme un pur moment de bonheur et de joie qui s'est également révélé comme un réveil à la sensualité. La femme qui pour une raison ou une autre n'arrivait pas à accomplir parfaitement ses responsabilités était alors désignée comme étant une mauvaise mère et était qualifiée d'absente, d'indigne ou d'égoïste (Badinter, 1980).

Au cours des années 1960, les féministes militent dans la majorité des pays occidentaux afin que change la situation des femmes et en particulier l'image de la mère. Ce discours féminin détrône la théorie de la mère naturellement dévouée et faite pour le sacrifice. Au cours des années 1970, les femmes maîtrisent leur reproduction et elles aspirent à la conquête de leurs droits essentiels, la liberté et l'égalité avec les hommes. Les femmes peuvent désormais prioriser leurs ambitions personnelles, choisir le célibat ou la vie de couple avec ou sans enfant. Toutefois cette liberté amènera son lot de contradictions puisque le fait de choisir de faire naître un enfant implique des devoirs accrus à l'égard de ce dernier. Badinter explique que dès lors que le fait de mettre un enfant au monde n'est plus une imposition, mais plutôt un choix, cela implique nécessairement un lot de responsabilités plus grandes face à l'enfant.

Effectivement, l'évolution ne sera que de courte durée puisqu'une triple crise fondamentale y mettra fin. Selon Badinter, la crise économique, qui a suivi les chocs pétroliers des années 1973 et 1979, conjuguée à une identitaire et une autre égalitaire ont eu des conséquences négatives sur les ambitions des femmes. Les femmes qui avaient fait leur entrée sur le marché du travail, se voyaient renvoyées chez elle en raison du chômage et de la précarité des emplois. Ces différentes crises ont eues pour effet de faire ressurgir l'idéologie naturaliste. Déçues et amères de la place qu'on leur offrait dans le monde du travail, plusieurs femmes se tournèrent vers le statut de mère de famille afin de se réaliser. La crise économique fit donc stagner l'égalité entre les hommes et les femmes qui connaissait jusqu'alors des débuts prometteurs. On commença aussi à remettre en question la capacité des hommes et des femmes à assumer les mêmes fonctions et jouer les mêmes rôles. On entendit donc de plus en plus parler des lois de la nature et de la biologie, d'essence et d'instinct maternels, lesquels imposent des devoirs toujours plus importants à l'égard de l'enfant. Trois discours appuyant le naturalisme émergent au début des années 1980. Il y a d'abord le discours écologique qui prône, entre autres, le retour à l'allaitement maternel. Il y a ensuite le discours scientifique qui redécouvre l'instinct maternel et qui propose la théorie du lien de la mère à l'enfant, d'où la célèbre pratique du peau à peau suite à l'accouchement. Et finalement, le discours féministe essentialiste qui met l'accent sur les différences entre les hommes et les femmes et considère la maternité comme une expérience cruciale de la féminité. À la lumière de ce discours, l'allaitement est vu pour la femme comme une expérience gratifiante et lui donnant un pouvoir de contrôle sur son corps venant contrecarrer l'hégémonie médical qui commençait à s'installer (Wall, 2001). Ces trois discours liés à la philosophie du naturalisme feront de celle-ci une nouvelle référence éthique difficilement critiquable. « Dorénavant, la nature est un argument décisif pour imposer des lois ou dispenser des conseils. Elle est devenue une référence éthique difficilement critiquable » (Badinter, 2010, p.93). Badinter dit que cette philosophie détient le pouvoir suprême de culpabilisation, capable de changer les mœurs.

2.1.1 La maternité contemporaine : maternité totale ou intensive

Selon Badinter (2010), c'est l'allaitement qui est au cœur de la révolution maternelle à laquelle nous assistons depuis vingt ans. Ce geste qui gagne de plus en plus d'adeptes dans le monde, exprime selon elle une philosophie de la maternité qui conditionne le statut de la femme et son rôle dans la société. Linda Blum, sociologue et auteure du livre *At the breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, énonce deux principes qui caractérisent la maternité contemporaine, le premier est que la bonne mère fait naturellement passer les besoins de son enfant avant tout. Le second est que les besoins de l'enfant sont fixés par la nature et qu'on les connaît progressivement de mieux en mieux. La Leche League déploiera entre autres son argumentation autour de ces deux principes ainsi que différents thèmes tel que les avantages de l'allaitement. Au fil des années, la League établira des alliances qui lui permettront d'étendre son influence à travers le monde. Parmi les alliances les plus profitables, mentionnons notamment celle avec la communauté médicale, l'OMS et l'UNICEF. Toute cette mobilisation afin de promouvoir l'allaitement n'est pas sans conséquence. En effet, on culpabilise et parfois même stigmatise (Murphy, 1999; Murphy, 2000; Wall, 2001) les mères qui préfèrent donner le biberon, car bien que le taux d'allaitement a augmenté partout dans le monde les femmes qui n'allaitent pas ou qui le font pour une courte durée restent nombreuses. Nombreuses, mais inaudibles ou souterraines selon Badinter (2010). Dans la littérature pro allaitement, l'ambivalence maternelle n'existe plus, pour les militants de l'allaitement, toutes les femmes peuvent le réussir. Il semblerait que le modèle maternel idéal d'aujourd'hui est plus exigeant que jamais. Les devoirs maternels ne se réduisent plus seulement aux soins corporels et affectifs, ils impliquent aussi une attention scrupuleuse au développement psychologique, social et intellectuel de l'enfant (Stanworth, 1987). Ceci explique pourquoi plusieurs auteurs parlent de *total motherhood* (Jackson et Scott, 1999; Douglas et Michael, 2004; Wolf, 2007).

Faisant également référence au *new momisme* (Douglas et Michael, 2004) et au *intensive mothering* (Hays 1996), le *total motherhood* oblige les mères à être des expertes dans tous les domaines concernant l'enfant. Les mères doivent non seulement protéger leur enfant des menaces immédiates, mais également prévenir et prévoir toutes circonstances

pouvant interférer dans le développement normal de l'enfant (Jackson et Scott, 1999). La maternité totale est un code moral à l'intérieur duquel les mères sont exhortées d'optimiser chaque dimension de la vie de leur enfant en commençant dès la grossesse. Le résultat de cette pratique est bien souvent un compromis entre ce que la mère pourrait aimer et ce que le bébé devrait avoir. Lorsque les mères ont des désirs, comme le sens de l'autonomie physique, émotionnelle et psychologique, mais que les enfants ont des besoins, comme un environnement dans lequel quoi que ce soit qui est moins qu'optimal est conçu comme étant périlleux, nous pouvons dire que le comportement de la bonne mère est interprété comme en étant un qui réduit les risques même les plus minuscules, indépendamment du coût potentiel que la mère en subira (Wolf, 2007). Autrement dit, la mère doit faire tout ce qui est possible afin que le développement de l'enfant soit maximal.

Qui plus est, cette idéologie de la maternité construit également le maternage comme une activité qui, à cause de sa grande signification pour le développement de l'enfant, est trop importante pour être laissée sous la seule responsabilité des mères. Pour cette raison, une des caractéristiques clés de la maternité intensive est la validation culturelle des conseils des experts sur la façon de s'occuper des enfants. Ainsi, comme nous le verrons dans la section suivante, le discours politique et le discours des experts définissent ce qui est bon et mauvais dans les pratiques maternelles. Les mères ont donc tendance à justifier et expliquer la décision qu'elles ont prise en se référant aux notions culturellement légitimes de ce qu'une bonne mère devrait faire (Lee, 2008).

2.1.2 La médicalisation de la maternité

Certains auteurs ont utilisé le terme médicalisation afin de définir le processus par lequel, au cours de la modernité, le discours des experts est devenu central à la bonne parentalité et particulièrement à la maternité (Apple, 1995; Hardyment 1995). Freund et McGuire (1991) définissent la médicalisation comme un processus de légitimation médicale pour le contrôle d'une « aire » de la vie ou d'une expérience vécue. Les diverses interventions voulant définir et réguler la maternité ne sont pas nouvelles, nous l'avons vu dans le précédent chapitre et la première section de ce chapitre, les choix et les actions des

mères sont médicalisés et moralisés depuis plusieurs décennies. En effet, au Québec, au début des années 1900, la santé était appréhendée à travers le prisme du bien-être collectif en vertu de l'importance de la santé nationale pour l'avancement de la société. La médicalisation s'est opérée de concert avec la généralisation de l'accès aux soins médicaux, mais également avec les stratégies de campagnes de moralisation de la santé de la part des gouvernements. Ces campagnes ont, au fil du temps, délaissé les références à la nation pour se centrer sur l'individu. Tel que noté récemment par Noury (2010) : « Les discours de la médecine et de la santé publique s'inscrivent aujourd'hui dans une entreprise de moralisation de l'individu face à ses comportements et modes de vie qui se fonde sur un paradigme de la responsabilité individuelle » (p.4). Ce discours médical responsabilisant qui fait la promotion de l'autonomie permet l'intériorisation individuelle de la norme sociale de santé. La médicalisation s'opérant à l'intérieur d'un contexte néolibéral, les gouvernements ont tendance à avoir recours à certaines stratégies afin de rationaliser les comportements de santé. L'autorité des différents experts (gynécologues, diététistes, psychologues, etc.) est l'un des mécanismes utilisés par les gouvernements. L'autorité conférée à ces experts est devenue centrale dans le quotidien des individus contemporains qui s'appuient sur leurs expertises afin de gérer leur présent en vue de l'idéal d'une santé parfaite. Ce phénomène exprime ce que Claudine Herzlich et Janine Pierret (1991) ont appelé le passage du *droit* à la santé au *devoir* de santé.

Dans notre étude, cela signifie concrètement que les mères ne sont plus les productrices du savoir concernant la maternité, mais des consommatrices de ce savoir (Virnoche, 2009). De plus en plus présente auprès des femmes, la médecine prend en charge la grossesse, l'accouchement ainsi que le nouveau-né. La maternité ne fait plus référence à l'instinct des mères puisqu'il faut désormais apprendre scientifiquement à être une bonne mère. Comme le mentionne Béatrice Jacques dans son article *L'expérience de la maternité sous influence médicale* (2000), « la toute puissance du médecin sur la vie, appelle à une forte délégation consciente du pouvoir des mères. Cette prise en charge uniformisée a tendance à faire disparaître le sujet, au nom de l'efficacité thérapeutique et de la sécurité » (p.6). Nous avons pu remarquer dans le premier chapitre de ce mémoire, lors de la présentation des positions des organismes publics de santé au Canada et au Québec, que les instances

gouvernementales ont effectivement pris des mesures afin de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement. Ceci disent-ils vise à favoriser la santé de la population en augmentant la prévalence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Ainsi, une des stratégies du Ministère de la santé et des services sociaux vise à encadrer les pratiques des professionnels de la santé qui oeuvrent auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères.

2.2 Discours en santé

2.2.1 Le discours du risque

La conscience du risque est un élément central de la vie moderne. Étant l'une des principales inquiétudes des sociétés modernes post-industrielles, les individus deviennent de plus en plus soucieux de comprendre, calculer, communiquer, minimiser ou éliminer la myriade de risques associés à la vie quotidienne (Beck, 1992; Slovic, 2000). Dans cette section, nous verrons de quelle façon la promotion de l'allaitement est emblématique de la façon dont le discours du risque domine un grand éventail de programmes politiques et de pratiques professionnelles.

Dans plusieurs domaines les individus sont confrontés aux conseils des experts concernant les risques associés à certaines pratiques et sont appelés à modifier leurs comportements en conséquence. Les conseils des experts sont particulièrement prévalents dans le domaine de la santé où les individus sont informés des risques associés à différents choix de style de vie incluant notamment l'alimentation, l'exercice et la consommation de tabac ou d'alcool. Cela contribue à la privatisation de la gestion des risques que Nikolas Rose (1996) a identifié comme étant l'une des caractéristiques des sociétés libérales contemporaines. Nous l'avons vu précédemment, le modèle de gouvernance néolibérale mise sur la responsabilité individuelle de chaque individu concernant son état de santé. En effet, ce discours a tendance à ignorer le fait que les choix des individus peuvent dépendre de logiques structurelles indépendantes de leur volonté. Il prend pour acquis qu'un individu fait des choix libres sans être affecté par les différents facteurs sociaux. Ceci est d'autant plus vrai dans le

cas de la santé puisqu'elle est dorénavant comprise comme étant quelque chose qui se choisit (Greco, 1993). Les citoyens ne peuvent plus jouir d'une bonne santé ou souffrir d'une mauvaise santé, la santé est plutôt quelque chose qu'on adopte ou un acte de choix. Les citoyens sont obligés d'adopter une attitude personnelle calculatrice et prudente face au destin qui est maintenant conçu en termes de dangers calculables et de risques évitables (Rose, 1996). Cette obligation d'exercer la prudence en tenant compte des comportements recommandés par les experts du risque en est une fortement morale (Nettleton, 1997). La bonne santé est un signe visible d'adaptabilité, d'équilibre et de force (Greco, 1993). Par contre, les pratiques qui compromettent la santé soulèvent un questionnement sur la capacité individuelle de maîtrise de soi et d'autocontrôle (Ogden, 1995). Ceux qui s'engagent dans des comportements risqués se placent en potentiel danger moral (Lupton, 1993), parce qu'ils négligent de prendre soin d'eux. En échouant d'atteindre l'idéal libéral de l'individu rationnel et responsable, ils se soumettent au jugement moral (Carter, 1995).

C'est donc, dans un désir politique de réduction des dépenses de santé et d'amélioration de la santé des citoyens, que le discours et les stratégies politiques insistent sur le rôle des conduites individuelles dans le déclenchement des maladies et le maintien de la santé. « Ce discours de responsabilisation se fonde sur les résultats d'enquêtes épidémiologiques qui pointent du doigt les risques liés à certains comportements pathogènes et mettent en avant la nécessité de la prévention » (Noury, 2010, p.8). À cet égard, le gouvernement québécois est l'un des champions mondiaux dans les dépenses publiques de responsabilisation des comportements de santé. Le document produit par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001) concernant l'allaitement maternel au Québec en est un bon exemple. On y présente l'allaitement maternel comme un moyen de réduire l'incidence ou la gravité de plusieurs maladies et donc comme étant un mode d'alimentation permettant de faire des économies pour le système de santé, la société et la famille. À l'inverse, l'alimentation artificielle est quant à elle associée à une augmentation des risques de maladies chez l'enfant ce qui engendre de nombreux coûts pour le système de santé. Le gouvernement mise sur le pouvoir d'influence du Ministère, des différents établissements de soins de santé ainsi que des intervenants afin de permettre aux mères québécoises de prendre une « décision éclairée » après avoir reçu une information complète.

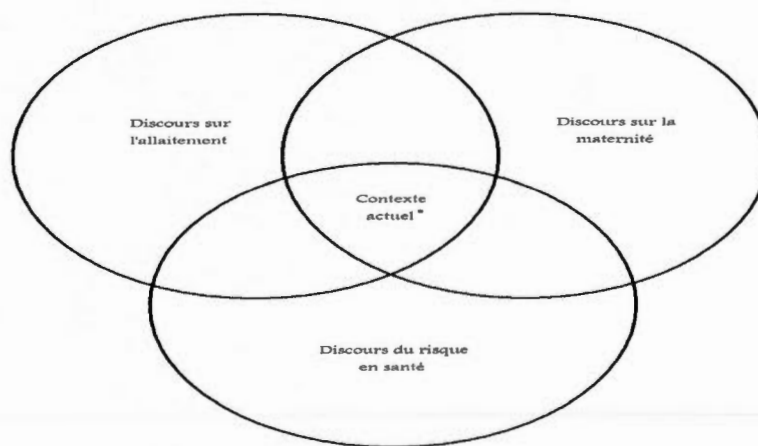
À ce sujet, les recherches sociales concernant la conception du risque des individus et l'influence de cette conception sur les décisions qu'ils prendront ont démontré que les réponses vis-à-vis les différents messages associés au risque sont fortement influencées par le niveau de confiance de l'individu envers la source du message (Slovic, 2000; Alaszewski, 2005; Kasperson et Kasperson, 2005; McComas, 2006). Cette possibilité d'amplifier ou d'atténuer le risque démontre l'importance du rôle joué par les institutions sociales dans la construction du risque (Knaak, 2010). En plus des initiatives du gouvernement concernant l'allaitement maternel, nous avons constaté au cours des dernières années, l'émergence de recommandations des experts qui communiquent aux mères des messages qui encensent l'allaitement et qui associent les formules commerciales à des risques de santé. Présenter la liste des risques de l'alimentation artificielle est devenu chose commune dans la littérature s'adressant aux parents. *Fourteen risks of formula feeding* est le titre d'un dépliant distribué par INFACT Canada, groupe qui promeut activement l'allaitement à travers le pays. La liste de risques que ce groupe attribuent aux formules pour nourrissons inclut entre autres, les cancers infantiles, le diabète, le retard du développement cognitif ainsi que l'obésité. Il est important de souligner ici que les études concernant ces risques possibles sont très controversées puisqu'il est extrêmement difficile d'éliminer tout biais provenant des différences entre les mères qui allaitent et celles qui nourrissent avec des préparations commerciales. Deux auteures (Knaak, 2006; Wolf, 2007) se sont consacrées à révéler certains biais concernant les études présentant des différences entre les enfants allaités ou non allaités. Elles arrivent toutes les deux à la conclusion que la majorité de ces études n'effectuent pas correctement le contrôle des variables pouvant être confondantes. De plus, il semblerait que l'on expose davantage les résultats des études qui démontrent la supériorité de l'allaitement comparativement à celles qui ne présentent aucune relation entre cette pratique et une meilleure santé des bébés.

L'association entre l'alimentation artificielle et le risque s'exprime également à travers la décision de retirer tout substituts de lait des établissements de santé. De plus, les politiques des Amis des bébés, initiatives de l'OMS et de l'UNICEF, stipulent effectivement que la mère qui opte pour l'alimentation au biberon devrait être informée des risques de cette pratique.

Les messages de promotion de l'allaitement misent donc largement sur l'élimination ou la réduction des risques associés aux laits commerciaux sur la santé des bébés à court ou à long terme. L'obligation morale d'exercer la prudence à la lumière de ces avertissements de risques est dans le cas de l'alimentation des nourrissons particulièrement puissante puisque les conséquences potentielles d'un choix d'alimentation « risqué » ne seront pas subites par la mère, mais par le bébé et que, tel que noté par Murphy (2004), l'acte de mettre consciemment les autres à risque ouvre à une charge morale très lourde, car ce comportement est considéré comme étant scandaleux et la personne soumise au risque est considérée comme lésée.

2.3 L'intersection de ces différents discours

Il est très ardu de parler de chacun de ces discours de façon individuelle sans aborder leur intersectionnalité (voir figure 1). Dans les travaux sociologiques, l'association entre l'alimentation et le risque a été située comme faisant partie du nouveau paradigme de la santé (Nettleton, 2005). Ainsi, autant que la maternité, l'alimentation s'est médicalisée. Le besoin d'adopter un mode de vie qui minimise les risques à la lumière des conseils des experts a émergé comme un impératif culturel dominant (Burrows et al., 1995; Caplan, 1997; Keane, 1997). En raison de la vulnérabilité et de l'innocence des enfants, les discours sur la santé de ceux-ci sont particulièrement liés au développement de la conscience du risque et parce que les mères sont principalement responsables de l'alimentation des enfants, la moralisation de l'alimentation vient s'ajouter à la construction sociale de la maternité.



*À l'intérieur duquel les mères nourrissent leur enfant et choisissent la façon dont elles le feront.

Figure 1. L'intersectionnalité des discours sur l'allaitement, la maternité et le risque en santé.

L'obligation morale associée à l'alimentation des bébés dont nous avons parlé précédemment est effectivement intensifiée par la façon dont le discours du risque et de la responsabilisation sont entrecroisés et renforcés par le discours sur la maternité. Les mères ne sont pas seulement tenues responsables de la façon dont leurs enfants tourneront, mais aussi de leur capacité à adapter leurs conduites face aux avis des experts (Apple, 1987). La localisation des pratiques de nutrition des bébés à l'intersection des discours du risque et de la maternité place les mères qui nourrissent leur enfant de façon contraire aux recommandations des experts sous un danger moral particulier (Murphy, 2004). Le message concernant le fait que l'allaitement réduit les risques de maladies chez l'enfant à court et à long terme ne peut simplement être traité comme un compte rendu neutre et objectif de la réalité. L'injonction d'allaiter est une façon de plus de construire la bonne mère à travers un discours médical scientifique.

Ce faisant, le rôle des mères dans la société contemporaine a été structuré de façon à ce qu'elles soient de véritables «managers» du risque (Furedi, 2002; Reese, 2005; Lee, 2008).

Les mères ont ainsi une responsabilité morale et sociale d'être consciente des risques et pour ce faire, elles ont besoin des conseils des professionnels. Les laits commerciaux étant construit comme risqués, l'allaitement devient alors une façon de définir la compétence d'une mère. De plus, soulignons que le concept de nature que nous avons présenté comme influençant le discours sur la maternité, est également intimement lié au discours entourant l'allaitement. Wall (2001) note que le lait maternel et la nature sont caractérisés par leur perfection et leur pureté. L'association du concept de nature à ces deux discours suggère que la femme qui allaite est plus en contact avec ses fonctions naturelles que la femme qui ne le fait pas (Carter, 1995; Blum, 1999).

C'est donc dans ce contexte où ces différents discours sont omniprésents que les mères doivent prendre une décision concernant la façon dont elles vont nourrir leur bébé et qui entourera par la suite leur expérience réelle. D'une part, elles sont en présence d'un discours sur la maternité à l'intérieur duquel les responsabilités de la mère face à l'enfant sont sans cesse grandissantes et d'autre part, elles sont en présence d'un discours sur la santé qui valorise les bienfaits de l'allaitement et qui présente l'alternative à cette pratique comme étant risqué. Ainsi, il apparaît primordial de tenir compte de ces discours lorsque l'on parle d'expériences de femmes entourant la manière de nourrir leur enfant puisque ces façons de concevoir l'allaitement, la maternité et la santé peuvent se révéler comme étant gratifiantes ou oppressantes pour les mères (Wall, 2001). C'est ce que nous tenterons d'élucider dans les chapitres 4 et 5, mais nous présenterons d'abord la méthodologie que nous avons employée pour conduire notre étude avant d'en arriver à la présentation de nos résultats.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour but de décrire la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de ce mémoire. Dans un premier temps, nous présenterons le devis adopté. Ensuite, nous décrirons la stratégie de recrutement que nous avons utilisée et les caractéristiques des participantes seront présentées. Nous consacrerons également une section aux méthodes de collecte et d'analyse choisies, soit respectivement l'entretien individuel et l'analyse thématique. Finalement, nous discuterons des stratégies utilisées afin d'assurer la validité de notre étude.

3.1 Devis de l'étude

Pour cette étude, nous avons retenu une approche qualitative en raison de sa capacité à « décrire en profondeur plusieurs aspects importants de la vie sociale relevant de la culture et de l'expérience vécue étant donné, justement, sa capacité de permettre au chercheur de rendre compte (d'une façon ou d'une autre) du point de vue de l'intérieur ou d'en bas » (Pires, 1997, p.52). Bien que les recherches en santé soient habituellement dominées par les méthodes quantitatives, certaines questions nécessitent l'utilisation d'une méthodologie qualitative. En effet, la recherche qualitative est indispensable lorsque nous désirons mieux comprendre à l'intérieur de quel contexte certains groupes prennent des décisions et entreprennent des actions relatives à leur santé. Notre sujet étant relativement peu exploré, le fait que cette approche soit ouverte au monde empirique (Pires, 1997) nous permettait de laisser toute la place au discours des mères. Puisque notre question de recherche mise sur la description et la compréhension de l'expérience des mères qui nourrissent leur enfant au biberon dans un contexte social qui prône l'allaitement, il était primordial de choisir une méthode qui considère les phénomènes humains comme des phénomènes de sens (Mucchielli, 1996). Plus

particulièrement, nous avons adopté un devis de recherche qualitatif descriptif tel que celui décrit par Sandelowski (Sandelowski, 2000). Cette approche est principalement utilisée lorsqu'il y a peu d'informations connues sur un sujet puisqu'elle permet d'offrir une compréhension sommaire du phénomène. De plus, ce type de devis est particulièrement recommandé lorsque l'étude vise à décrire un phénomène ou un comportement donné, en général peu connu, qui tient compte des particularités du contexte dans lequel ce phénomène prend forme. Les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre la réalité vécue par les mères québécoises concernant l'alimentation de leur nourrisson.

3.2 Participantes de l'étude : stratégie de recrutement et caractéristiques socio-démographiques

3.2.1 Stratégie de recrutement

Afin de recruter des répondantes, nous avons adopté une stratégie d'échantillonnage dite « avec un propos » (*purposful sampling*) (Patton, 2002). C'est-à-dire, en cohérence avec notre question de recherche, les femmes participant à notre étude devaient être des mères qui avaient nourri leur enfant au biberon. Afin de les identifier, nous avons eu recours au média social, *Facebook*. Une annonce décrivant brièvement le sujet de recherche a été publiée sur ce médium. Certaines connaissances ont répondu à l'invitation alors que d'autres ont également publié le message parmi leurs connaissances. Les femmes ayant manifesté un intérêt ont reçu par courriel le feuillet d'information (Annexe A) concernant l'étude et lorsque cela leur convenait, nous fixions un rendez-vous. Les mères rencontrées devaient par contre répondre à certains critères de sélection préétablis pour cette recherche. Le premier critère de sélection concernait l'âge des répondantes. Les femmes rencontrées devaient être âgées de plus de 20 ans puisque les femmes âgées de moins de 20 ans font l'objet d'une intervention plus soutenue de la part des autorités publiques. Le deuxième critère de sélection concernait la période au cours de laquelle les femmes avaient donné naissance. Les participantes devaient avoir donné naissance au cours des deux dernières années soit entre août 2008 et août 2010. Toutefois, la période d'accouchement demeurait relativement flexible afin de faciliter le

recrutement. Le but premier étant de s'assurer que les participantes aient donné naissance dans le même contexte de promotion de l'allaitement maternel et que leur souvenir de leur expérience d'allaitement n'était pas trop lointain. Ainsi, deux des mères rencontrées dépassaient de quelques mois les limites de la période établie. Enfin, le dernier critère était en lien avec la période d'allaitement de la mère. Les femmes qui ont participé à cette recherche ne devaient pas avoir allaité ou devaient avoir allaité moins de deux semaines. Ce nombre de semaines étant la référence d'un allaitement d'une courte durée dans la majorité des études sur ce sujet (Mozingo et al., 2000; Hoddinott et Pill, 2000; Bailey et al., 2003; Cooke et al. 2003; Kelleher, 2006; Lee, 2007a). Tous ces critères étant considérés, et en cohérence avec le devis de notre investigation, nous avons également adopté un type particulier de « *purposeful sampling* », soit celui de la variation maximale (Patton, 2002), tel qu'il est démontré par les caractéristiques démographiques des participantes à notre étude détaillées ici-bas. Au total, 12 mères ont finalement participé à la recherche.

3.2.2 Caractéristiques sociodémographiques des participantes

3.2.2.1 Âge et statut civil

Les 12 mères de notre étude étaient âgées entre 24 et 36 ans. Lors de la grossesse et de l'accouchement, toutes les femmes vivaient en couple sauf une. Par contre, au moment de l'entrevue, la mère qui était célibataire au cours de sa grossesse vivait en couple depuis plus d'un an, alors qu'une autre des mères s'était séparée du père de l'enfant depuis quelques mois.

3.2.2.2 Le niveau de scolarité des répondantes et le revenu familial

Le tableau qui suit présente le dernier niveau de scolarité atteint par les répondantes ainsi que leur revenu familial moyen.

Tableau 3 Caractéristiques socio-économiques des répondantes

Répondante*	Niveau de scolarité	Revenu familial
Katherine	Secondaire	40 000 \$ à 59 999 \$
Kelly	Secondaire	60 000 \$ à 79 999 \$
Mélissa	Universitaire	80 000 \$ et plus
Annie	Universitaire	60 000 \$ à 79 999 \$
Katy	Universitaire	80 000 \$ et plus
Virginie	DEP	40 000 \$ à 59 999 \$
Vanessa	Universitaire	80 000 \$ et plus
Annabelle	DEP	20 000 \$ à 39 999 \$
Anick	DEP	40 000 \$ à 59 999 \$
Marilyne	DEP	80 000 \$ et plus
Vicky	Universitaire	80 000 \$ et plus
Julie	Universitaire	60 000 \$ à 79 999 \$

* Les prénoms attribués aux répondantes sont fictifs

De façon plus détaillée, deux des répondantes détiennent un diplôme d'études secondaires, quatre ont obtenu un diplôme d'études professionnelles tandis que les autres (6) ont complété des études de niveau universitaire.

Le revenu familial moyen des femmes de notre échantillon se répartit comme suit : une des répondantes a un revenu familial moyen se situant entre 20 000 \$ et 39 999 \$, trois entre 40 000 \$ et 59 999 \$, trois entre 60 000 \$ et 79 999 \$ et enfin cinq ont un revenu familial de plus de 80 000 \$.

3.2.2.3 Lieu de naissance et langue

Toutes les répondantes sont nées au Québec et au moment de l'entrevue, elles résidaient dans la grande région de Montréal et ses environs. Toutes les femmes s'exprimaient en français.

3.3 Méthode de collecte des données : les entrevues

Les données recueillies proviennent d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de chaque sujet. Cette technique permet de connaître ce qui est significatif pour les individus en engageant un dialogue avec eux, tout en respectant les thèmes à l'étude (Poupart, 1997). Cette méthode de collecte de données est souvent utilisée dans des démarches qui interrogent les réalités sociales selon la perspective des acteurs sociaux. Il s'agit d'une forme d'entrevue qui laisse assez de liberté à l'interviewé pour faire apparaître des éléments d'analyse imprévus tout en convergeant les propos vers l'expérience de non-allaitement.

Toutes les mères que nous avons rencontrées ont choisi leur résidence pour le lieu de l'entrevue. La durée de ces dernières a oscillée entre 45 et 75 minutes. Les entrevues ont été effectuées entre août 2010 et octobre 2010. Après douze entrevues, nous avons atteint le seuil de saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune donnée nouvelle ne ressortait des derniers entretiens (Pourtois et Desmet, 1997).

Au début de chaque entrevue, la répondante était d'abord invitée à prendre connaissance du formulaire de consentement (Annexe B) et à le signer. Ce dernier incluait une description de la recherche et des explications concernant les modalités de participation, les normes de confidentialité et d'anonymat, l'utilisation des données, leur droit de retrait en tout temps ainsi que leur droit de ne pas répondre à une question. À la fin de chaque entrevue un questionnaire sociodémographique a été complété par chaque répondante.

3.3.1 La grille d'entrevue

Tout en étant une recherche qualitative, nous soulignons encore une fois que l'emphase de notre analyse était mise sur la description des raisons données par les mères pour prendre la décision de ne pas allaiter leur enfant, et ce, dans un contexte dans lequel l'allaitement maternel est la pratique dominante. Le devis de l'étude choisi, soit une recherche qualitative descriptive, correspond à cet objectif, ainsi que la grille adoptée qui est de type semi directif. Le choix d'une grille non structurée correspond plutôt à une étude plus sophistiquée du point de vue méthodologique, soit de type phénoménologique, par exemple une recherche de théorisation ancrée. Quoi qu'il en soit, lors du déroulement de nos entretiens qualitatifs semi dirigés, nous avons pris soin de laisser toujours la place pour que la personne interviewée puisse exprimer librement ses points de vue sur le sujet de notre conversation. Pour notre grille d'entrevue (Annexe C), nous nous sommes inspiré du McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau et al., 2006). Tout d'abord, nous voudrions souligner que le MINI est une grille d'entrevue qualitative semi dirigée qui a été conçue pour produire des récits sur les comportements relatifs à la santé de groupes culturels ou socio-économique. Ce type d'entrevue permet de mieux comprendre le pourquoi, le comment et dans quelles circonstances différents groupes prennent des décisions et entreprennent des actions relatives à leur état de santé ou aux services de santé utilisés. Initialement conçue pour aider à comprendre le sens donné par les individus à un problème de santé vécu, elle peut être adaptée, comme il a été notre cas, pour aider à mieux décrire et comprendre le sens donné par les participants, en l'occurrence des mères, à une *pratique sociale en santé* concernant la manière de nourrir son enfant. Ensuite, il est aussi important de noter que nous n'avons pas utilisé le MINI dans sa totalité, mais nous l'avons plutôt adapté au propos de notre investigation, puis validé auprès de deux candidates avant de l'employer définitivement dans le cadre de notre travail de terrain.

Le type d'entretien qualitatif à adopter doit toujours être cohérent avec le but de l'étude et la position épistémologique adoptée par l'investigateur. En effet, l'entrevue semi dirigée a l'avantage d'inviter le narrateur à faire des déclarations sur des sujets prédéterminés sans toutefois le limiter dans sa réponse (Groleau et al. 2006). Selon Groleau et ses

collaborateurs, le MINI est une entrevue ethnographique dans laquelle le participant est l'expert, ce qui va de pair avec notre approche inductive.

Mes directrices et moi avons traduit et adapté la grille du MINI à notre question de recherche et nous en sommes arrivées à un questionnaire comprenant quatre sections. La première porte sur le *récit de l'expérience*, on y aborde des sujets tels que la décision, la réaction des autres face à cette décision, le déroulement de l'expérience ainsi que l'appréciation des interventions des proches et des professionnels de la santé. Dans la deuxième section, il est question d'explorer les *antécédents et l'environnement social* de la participante. Nous voulons ainsi savoir si il y a d'autres femmes dans l'entourage de la participante qui ont vécu une expérience semblable ou différente à la sienne. La troisième section a pour but de dresser un *modèle explicatif* donc nous tentons de retracer les causes ou les événements qui ont pu avoir un impact sur l'expérience d'allaitement. Nous abordons également le sujet du regard que posent les autres sur les femmes qui n'allaitent pas et nous demandons aux femmes ce qu'elles pensent des différentes attitudes des gens à leur égard ou à l'égard des autres femmes. La dernière section a pour sujet *les impacts* de cette expérience sur le vécu. Nous questionnons la participante sur les changements que le non-allaitement a pu entraîner sur son expérience de mère ainsi que sur les personnes qui ont eu de l'importance au cours de cette période de sa vie.

3.4 Analyse des données : l'analyse thématique

Afin d'analyser les données amassées dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'utiliser l'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006). L'analyse thématique est un outil de recherche flexible et utile, qui fournit un compte rendu riche et détaillé des données. Un des avantages de l'analyse thématique est qu'elle est accessible aux chercheurs ayant peu d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Il faut toutefois faire certains choix avant d'entreprendre une analyse thématique. Puisque c'est le jugement du chercheur qui détermine ce qui sera considéré comme thème, il est important de ne pas s'encadrer de règles trop rigides et de s'assurer que les thèmes choisis capturent l'essentiel de ce qui est en lien

avec la question de recherche. Étant donné que l'analyse thématique peut produire soit une description très riche de l'ensemble des données, soit un rapport détaillé d'un aspect en particulier, un choix s'impose. Le vécu de femmes vivant dans un contexte tel que celui que nous avons exploré étant peu connu, une analyse complète des données s'avérait être le meilleur choix. Ensuite, il était question de l'approche analytique à utiliser, ici de nature inductive en accord avec le devis qualitatif descriptif adopté. En effet, même si un chercheur ne peut entièrement se soustraire de certaines préconceptions théoriques, ce qui était plus cohérent ici d'un point de vue méthodologique était une approche qui privilégie les liens entre les thèmes et les données plutôt qu'une approche qui tente de faire des liens entre des théories déjà existantes et les données. Il était également important de déterminer si les thèmes identifiés seraient sémantiques ou latents. Dans notre cas, l'approche sémantique était de mise car nous ne cherchions pas à analyser ce qui pouvait se trouver au-delà de ce qu'une participante exprimait, au contraire nous voulions davantage nous concentrer sur le contenu explicite de nos entrevues. Finalement, notre dernière tâche analytique consistait à clarifier davantage l'épistémologie que nous adopterions pour notre étude. À cet égard, notre étude sociologique va de pair avec une approche constructiviste qui postule que les significations et les expériences sont socialement produites et reproduites plutôt qu'inhérentes aux individus (Burr, 1995). Une fois ces choix établis, nous pouvions dès lors débiter notre analyse.

Ainsi, suivant les six étapes de l'analyse thématique suggérée par Braun et Clarke, 2006, nous voulions tout d'abord connaître nos données très en profondeur. En effet, la première étape de cette analyse est la familiarisation avec les données. Les entrevues et la transcription ayant été réalisées par la chercheuse principale, la connaissance des données était déjà bien amorcée. Une relecture accompagnée de prise de notes a toutefois été effectuée avant de commencer le codage qui est la deuxième étape. Lors de cette étape, toutes les données qui semblaient intéressantes en regard du phénomène ont été associées à un code. Voir la figure 3.1 pour un exemple de codes appliqués à un court extrait d'entrevue. Nous avons accordé une attention entière et égale à chaque donnée de façon à ce qu'aucune donnée potentielle ne soit rejetée prématurément. Après avoir obtenu une longue liste de codes et avoir présentés ceux-ci à mes directrices de recherche afin de valider la direction qu'allait prendre notre procédure analytique, il était temps de trier ces derniers en thèmes potentiels

(troisième étape). Essentiellement, il s'agissait d'analyser tous les codes et de les évaluer afin de voir quels codes pouvaient être combinés afin de former des thèmes. Ensuite, pour la quatrième étape, nous avons révisé nos thèmes et nous nous sommes assurées que les données associées à chaque thème correspondaient à ce dernier. Nous avons également vérifié la validité de chaque thème en relation avec nos données, c'est-à-dire que nous nous sommes questionné par rapport à la représentativité du récit de nos répondantes à travers chacun de nos thèmes. Suite à la réalisation de notre schéma thématique (Figure 3.2), nous avons révisé et raffiné les thèmes et sous thèmes que nous voulions présenter dans notre analyse ce qui constituait la cinquième étape. Ces opérations ont été réalisées à l'aide du logiciel *Nvivo* (version 8). Pour la dernière étape et non la moindre, la tâche consistait à écrire ce mémoire dans lequel nous présentons les thèmes qui ont émergé de notre analyse.

Extrait d'entrevue	Codes
Bien, c'est sûr que tu te sens un peu coupable d'avoir décidé de ne pas allaiter parce que c'est naturel d'allaiter, donc tu te dis que s'il y a des gens qui ne trouve pas ça normal que je ne veule pas allaiter, c'est qu'il faudrait peut-être que j'essaie.	1. Culpabilité face au choix de ne pas allaiter 2. Allaiter c'est naturel 3. Remise en question de la décision

Figure 3.1 Extrait d'entrevue et codes appliqués

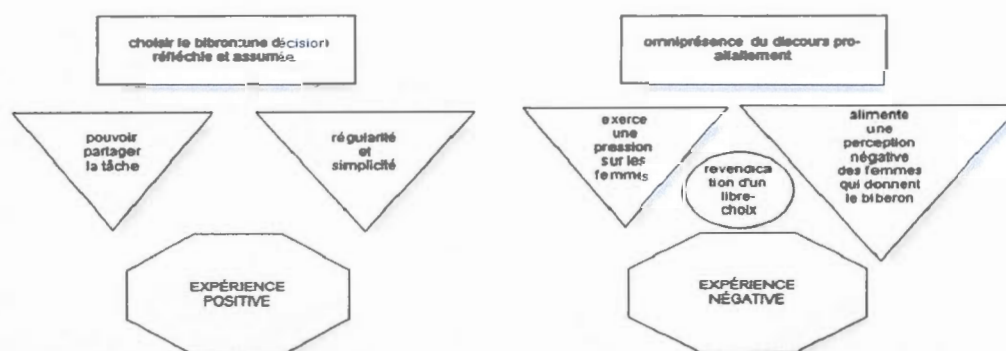


Figure 3.2 Schéma thématique

CHAPITRE IV

L'EXPÉRIENCE DES MÈRES QUI NOURISSENT LEUR ENFANT AVEC DES PRÉPARATIONS LACTÉES : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'expérience de nourrir son enfant avec des formules de préparation lactée peut être vécue de différentes façons par les mères québécoises. La description de ces expériences permet de mieux comprendre comment les femmes interrogées ont vécu cette période de leur vie. L'analyse thématique de nos données, telle que présentée dans le chapitre précédant, nous a permis de distinguer trois grands thèmes et différents sous thèmes que nous présenterons dans ce chapitre. La première partie sera consacrée à la description du contexte social actuel selon les mères, dans lequel s'inscrit la prise de décision à l'égard de la façon de nourrir son enfant. Dans la deuxième partie, il sera question de la décision, prises par nos répondantes, d'allaiter ou non et des raisons que celles-ci ont évoquées pour soutenir ce choix. Finalement, la façon dont a été vécue cette expérience, que nous nommerons *issue de l'expérience*, sera l'objet de la troisième partie.

4.1 Contexte social dans lequel les femmes ont pris leur décision concernant la façon de nourrir leur nouveau-né

Cette première partie a pour objectif de présenter la vision que les répondantes avaient du contexte dans lequel elles ont pris leur décision concernant l'alimentation de leur enfant. Au cours des entrevues, les femmes ont souligné de façon unanime *l'omniprésence du discours pro allaitement* à l'intérieur de la société québécoise qu'il s'agisse du réseau de la santé, des médias ou des membres de la société québécoise. Premièrement, il sera question de l'ensemble du réseau de la santé, plus précisément, des institutions de santé publique et de l'attitude des différents professionnels de la santé à l'égard des femmes au cours de leur

grossesse. Deuxièmement, nous aborderons la valorisation de l'allaitement au sein par l'ensemble des médias de l'information. Finalement, nous verrons que les membres de la société québécoise ne faisant pas partie de l'entourage immédiat des mères participent également à la promotion de l'allaitement.

4.1.1 Le réseau de santé québécois : porte-étendard de l'allaitement

4.1.1.1 Les institutions de santé publique

Nous l'avons vu dans les précédents chapitres, le gouvernement québécois s'est doté de stratégies afin de favoriser l'allaitement maternel au Québec. Ces stratégies visent, entre autres, les différents établissements de santé à travers la province. Parmi les principes à l'origine des objectifs du gouvernement du Québec en matière d'allaitement maternel, nous retrouvons la promotion de l'allaitement ou l'encouragement à allaiter qui « vise à prédisposer favorablement la population à l'allaitement » (MSSSQ, 2001 : 7). Ainsi, « toute mesure ayant pour but d'amener les femmes et leur famille à mieux connaître l'allaitement et ses avantages et visant à motiver les mères à allaiter contribue à la promotion de l'allaitement maternel » (MSSSQ, 2001, p.7). Les femmes que nous avons interrogées ont bel et bien perçu, au sein des établissements de santé qu'elles ont fréquentés, la présence des différentes stratégies de promotion que ce soit, l'Initiative des amis des bébés, les visites à domicile pour soutenir l'allaitement ainsi que les affiches faisant la promotion de l'allaitement au sein :

« Tu visites l'hôpital pis c'est des posters d'allaitement gros comme ça à chaque mur. Dans la salle d'accouchement, tu as une maman qui donne le sein, en peinture, juste en avant de toi, donc tu t'attends à ce que ce soit ça, puis surtout l'hôpital où j'ai accouché, c'était un hôpital ami des bébés, donc c'était vraiment juste l'allaitement, puis même que j'avais déjà entendu dire qu'il n'y avait aucun biberon dans ces hôpitaux là » (Julie, 25 ans).

« Tout est fait en sorte que c'est ce qu'il faut faire, c'est ce que probablement la province ou je ne sais pas si c'est provincial ou au niveau du Canada, mais c'est ce qui est adopté, l'argent est mis là-dessus, sur l'allaitement, les cliniques d'allaitement, les visites à domicile pour promouvoir ça » (Annie, 31 ans).

« Tu vois que de ça partout, moi je travaille dans un CHSLD, pis y'a des pancartes d'allaitement pis c'est des personnes âgées, c'est de l'allaitement partout, c'est au sein, ils préconisent ça au bout, en-tout-cas, on dirait qu'on voit juste de ça » (Annabelle, 25 ans).

Un grand nombre de femmes rencontrées ont mentionné que la promotion de l'allaitement était bien présente dans le réseau de santé et même peut-être un peu trop selon elles.

« La pression sociale est rendue, moi je trouve, très, très grande, c'est important là, je travaille dans un CLSC, je le sais là, partout c'est ; les amis des bébés, ils appellent ça comme ça maintenant, l'Organisation mondiale de la santé a créé ça, les amis des bébés, parce qu'il faut allaiter, c'est ce qui est bon pour l'enfant, puis ils recommandent d'allaiter au moins jusqu'à six mois, puis bon, il y a une pression quand même qui s'exerce là » (Vanessa, 30 ans).

« Je trouve que c'est un peu fou, depuis quelques années, il faudrait qu'on revienne comme dans le temps, peut-être que ça revient justement parce qu'ils veulent qu'on prenne plus des sages-femmes, ils veulent qu'on aille ce mode de vie là » (Anick, 26 ans).

« Moi personnellement, je trouve que c'est extrême, peut-être parce que c'est mon choix, peut-être que quelqu'un qui allaite ne va même pas l'entendre ce discours-là, mais moi c'est ce que je trouve » (Vicky, 27 ans).

4.1.1.2 Attitude des professionnels de la santé envers les femmes

Les mères ont également souligné que cette promotion de l'allaitement maternel est aussi véhiculée par les professionnels de la santé. Dans son document, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001) souligne que « les programmes de promotion résistent difficilement à la tentation de mettre de la pression sur le dos des femmes (MSSSQ, 2001, p. 30) ». Malgré cette mise en garde, il semblerait que les professionnels de la santé ne parviennent pas à éviter d'exercer une pression sur les femmes.

« Bien je te dirais que au moment où j'ai eu Meggie, ça commençait beaucoup à être vraiment l'allaitement, je peux pas dire que j'avais tellement, tellement le choix, pas que c'était pas un choix mais, c'était ça, c'était comme t'allaitais, même les

médecins me disaient : « Tu vas allaiter ». Ce n'était pas : « Est-ce que tu vas allaiter, oui ou non? ». C'était : « Tu vas allaiter » » (Virginie, 28 ans).

« Je trouve ça plate parce qu'il y en a qui ne veulent vraiment pas essayer, puis à l'hôpital quand tu dis que tu ne veux pas essayer, tu te fais quasiment lancer des roches là, donc je trouve ça un peu plate » (Kelly, 24 ans).

Bien que la plupart des femmes ont dit que leur médecin qui suivait leur grossesse avait respecté leur choix quel qu'il soit, elles ont tout de même déclaré avoir la perception que la plupart des médecins étaient en faveur de l'allaitement sans toutefois s'être senties jugées par ce dernier. Selon les témoignages de nos répondantes, ce sont généralement les infirmières qui exercent cette pression et c'est principalement après l'accouchement, lors du premier boire, que cette pression s'est faite le plus sentir.

« Là où j'ai eu le plus de la misère je te dirais, c'est avec les infirmières, c'est vraiment drôle, c'est les infirmières qui mettent la pression, je sais pas, j'imagine qu'elles ont eu une formation là-dessus, mais y'ont dû être avisées de vraiment promouvoir l'allaitement, ce qui est correct, sauf que je trouve que des fois, les infirmières, elles pensent juste à ça pis elles ne regardent pas l'ensemble de la personne, son état de santé général, psychologique et tout » (Mélissa, 34 ans).

« C'est de l'acharnement à l'hôpital, elles (infirmières) te tâtonnent, puis là, elles te pincet, puis il faut que tu fasses ça comme ça, probablement que quelqu'un qui est très pudique, ça va être hyper difficile, quand tu n'es pas à l'aise de le faire, non, c'est ça, je n'aurais pas voulu dire : « bien là, non, je pense que ça ne me tente plus, peux-tu m'amener un biberon? », j'aurais été curieuse de voir la réaction des infirmières » (Virginie, 28 ans).

Les femmes ayant assisté à des cours prénataux ont senti que l'allaitement était le seul choix qui s'offrait à elles. Alors qu'on donnait beaucoup d'information sur la façon de nourrir son enfant au sein, aucune information concernant l'utilisation du biberon et des formules commerciales n'était diffusé.

« J'ai suivi ce cours là qui était très intéressant d'ailleurs, mais un peu trop, en fait, c'est qu'il n'y a pas de place à autre chose dans le cours, ils sautent par-dessus la partie biberon, tant de doses, millilitres, tout ça, ça j'ai appris ça sur le tas, j'avais aucune idée, peut-être que ça dépend du CLSC où tu vas aussi, mais celui là, on n'a jamais vraiment parlé de ça » (Annie, 31 ans).

« C'est sûr que dans la formation de 6 ou 8 cours, je me rappelle plus combien, mais dans les cours, ils n'en parlaient vraiment pas beaucoup, s'ils utilisaient l'expression « nourrir le bébé » par exemple, c'était : « quand vous allez allaiter », c'était très, très, très rare qu'ils disaient, en fait, ils ne disaient pas : « vous allez donner le biberon », puis évidemment, ils nous disaient : « il faut que vous poursuiviez », ils faisaient quand même la promotion des mairaines d'allaitement et tout ça » (Vicky, 27 ans).

Les cours prénataux représentent une source d'information importante pour la plupart des futurs parents. Bien que selon le document « *L'allaitement maternel au Québec* », publié par le Ministère de la santé et des services sociaux, toutes les mères québécoises doivent avoir la possibilité de prendre une décision éclairée concernant la méthode qu'elles choisiront pour nourrir leur enfant, il semble que les informations dispensées ne permettent pas cette possibilité puisque l'on ne présente pas les deux options sur un pied d'égalité.

4.1.2 Les médias de l'information

Les femmes que nous avons interrogées considèrent que la promotion de l'allaitement au sein est très présente dans les médias québécois. Que ce soit à la télévision, à la radio, dans les journaux, dans les revues ou sur Internet, selon ces mères, le message est clair : l'allaitement est la meilleure méthode pour nourrir son bébé.

« On entend juste ça maintenant, on entend qu'un côté de la médaille, c'est ; il faut allaiter, puis c'est ça, puis on fait la promotion uniquement de l'allaitement, puis c'est uniquement ça qui est bon » (Vanessa, 30 ans).

« Je n'aime pas le message qu'ils envoient dans les médias, je trouve que c'est trop, c'est un choix trop personnel, tu ne peux pas dire aux femmes, il faut que vous allaitiez, non » (Kelly, 24 ans).

« C'est sûr que ce qu'il y a dans les médias, c'est sûr que ça s'en va juste vers ça, moi j'en ai lu des dossiers dans la Presse, parce que c'est ce que je lis et tout ce que j'ai lu, c'était tout le temps dans ce sens là, il n'y a jamais quelqu'un qui dit : «oui, mais les biberons c'est correct aussi», on a jamais ce message là, jamais, jamais » (Vicky, 27 ans).

Les femmes rencontrées n'ont apprécié ni l'information véhiculée, ni la façon dont cette information a été véhiculée. Elles reprochent aux médias de ne présenter qu'une possibilité concernant l'alimentation du nourrisson alors qu'en réalité il y en a deux. Elles dénoncent le fait que seul les bons côtés de l'allaitement au sein soient exposés et que l'option de nourrir son enfant avec des préparations lactées soit discréditée. Aucune des répondantes n'a dit avoir vu dans les médias des histoires qui ressemblaient à la leur. À l'exception de quelques publicités visant à vendre du lait maternisé, elles disent avoir vu très peu d'images représentant une femme qui nourrit son bébé au biberon. Selon elles, les informations véhiculées dans les médias influencent grandement l'opinion publique ce qui peut entraîner certains jugements envers les femmes qui ne suivraient pas les recommandations transmises.

4.1.3 Perception des préparations lactées dans la population québécoise

Le contexte actuel de promotion de l'allaitement maternel, tant au niveau régional, provincial, national, qu'international, fait en sorte que de plus en plus de gens s'intéressent à cette question. Lors de nos entretiens, les mères ont déclaré s'être fait questionner à ce sujet par des personnes ne faisant pas partie de leur entourage immédiat. Dans certains cas, cela créait un certain malaise chez la femme qui ne se sentait pas confortable de discuter de cette question avec un étranger.

« Mais le monde à l'extérieur, comme au travail ou la clientèle avec qui je faisais affaire au travail, quand ils me posaient la question, ils disaient : « ah non, tu n'allaiteras pas, c'est la plus belle chose que tu peux faire pour un enfant », donc souvent je changeais de sujet assez rapidement, ça me tentais pas, c'est ma décision, ça me tentais pas de commencer à faire un débat là-dessus, le monde ils peuvent partir un débat c'est pas trop long » (Marilyne, 26 ans).

« Mais c'est sûr qu'au travail avec les autres femmes, les clientes, il y en a qui me disaient : « bien voyons, c'est le meilleur », mais je pense que j'étais tellement décidée, j'étais tellement sûr de mon choix que personne ne pouvait me faire changer d'idée là dessus, mais c'est arrivé deux, trois fois qu'il y a quelqu'un qui me dise : « bien voyons, tu ne peux pas faire ça » » (Anick, 26 ans).

Enfin, les femmes participant à notre étude s'entendent pour dire qu'il est nécessaire de continuer à faire circuler l'information sur l'allaitement maternel, mais qu'il serait également primordial que cette information soit nuancée et que l'on mise sur l'importance du respect du choix de chacune.

4.2 La décision concernant la manière de nourrir son enfant : lait maternel ou préparation lactée

Parmi les douze femmes que nous avons rencontrées, six avaient pris la décision, durant leur grossesse, d'utiliser des préparations commerciales pour nourrir leur bébé alors que cinq avaient choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation du nourrisson. Une femme avait pris la décision d'extraire son lait maternel et de le donner avec l'aide du biberon.

4.2.1 La décision de nourrir son enfant avec des préparations lactées

Indépendamment du contexte social favorable à l'allaitement, certaines femmes font le choix d'aller à l'encontre des recommandations émises par le gouvernement. Les femmes ayant fait ce choix ont toutes affirmé que leur décision était claire et qu'elles l'assumaient totalement, autrement dit, ces femmes étaient certaines de leur décision et elles étaient prêtes à la défendre. En effet, ces mères sont bien conscientes du discours dominant concernant l'allaitement et elles savent qu'en prenant la décision de nourrir leur enfant avec des formules commerciales, elles devront parfois la justifier. Les répondantes ont donc été en mesure d'énumérer plusieurs raisons qui ont fait que leur choix s'est arrêté sur les préparations commerciales. Cinq des six femmes ayant choisi les préparations lactées en étaient à leur première grossesse. La maman qui avait choisi de tirer son lait mais d'utiliser le biberon a également soutenu son choix en soulignant les avantages des préparations lactées.

4.2.1.1 Donner des préparations lactées pour pouvoir partager le plaisir et la tâche en famille

Les femmes interrogées ayant choisi les préparations lactées ont d'emblée mentionné que cette décision permettait à leur conjoint autant qu'aux autres membres de leur famille de pouvoir nourrir leur bébé. Elles signalent que le moment où on donne à boire à l'enfant est un moment tendre qui permet de créer des liens et qu'elles ne veulent pas être les seules à pouvoir bénéficier de ces instants.

« C'est un beau moment de donner à boire, c'est plate que ce soit toujours la mère, je trouve que c'est le fun que le père aussi puisse participer » (Katherine, 26 ans).

« Je me suis toujours imaginé que je donnais le biberon, puis bon, mon chum donnait un autre biberon, puis moi c'était important aussi de voir mon chum donner le biberon à ma fille, ça, je trouve ça tellement beau » (Anick, 26 ans).

« C'était vraiment plus le fait que quand j'accouchais, mon chum il en fait autant que moi, puis pas juste lui, je vais ailleurs, ma mère, ma belle-mère, lui donne le biberon, puis eux autres, ils se gâtent, puis ils sont dont content de leur donner le biberon, le frère, la sœur, c'était surtout ça » (Marilyne, 26 ans).

« Pour ce qui est de la nourriture, c'est quelque chose que je vois de familial, si je peux dire, familial comme je te dis, autant mon conjoint, que mes parents, mon oncle, puis ma tante qui viennent, sont fous de donner le biberon, même ma grand-mère, tout le monde, non mais tu fais une réunion de famille, tout le monde mange, les québécois on est comme ça, on se réunit pour manger, puis pourquoi ça serait juste moi qui pourrait permettre ça à mon enfant » (Julie, 25 ans).

De plus, les mères apprécient le fait qu'elles puissent partager cette tâche avec le conjoint surtout durant la nuit. Selon elles, l'alternance des boires entre le père et la mère leur permet de pouvoir passer de meilleures nuits et d'être plus en forme durant la journée.

« Bien le fait de pouvoir partager ça avec François, je me disais, moi je vais me lever tout le temps puis lui il ne fera rien (rire) j'avais envie que lui aussi il puisse participer » (Katherine, 26 ans).

« Deuxièmement, je vais être prise à tout le temps me lever la nuit avec les bébés, puis mon conjoint, ça va être trop facile pour lui de dire, bien non, c'est toi qui allaites, arrange-toi avec le bébé, donc ça, ça été un point aussi » (Katy, 36 ans).

« Quand je vais accoucher, mon chum peut-il faire le 50%, on se sépare ça, comme la nuit, est-ce que je peux dormir, puis qu'il se lève pour donner le biberon, puis l'inverse, si c'est une nuit que c'est moi qui se lève, c'est moi qui se lève » (Marilyne, 26 ans).

4.2.1.2 Donner des préparations lactées pour avoir plus de liberté

Parmi les femmes rencontrées ayant choisi les préparations commerciales, certaines ont déclaré que ce mode d'alimentation leur offrait une plus grande liberté. Durant les neuf mois de grossesse, elles ont porté le bébé 24 heures sur 24 et elles ont dû faire certains sacrifices soit dans leurs activités ou dans leur alimentation. Suite à cette période, quelques répondantes nous ont confié avoir hâte de retrouver leur liberté. Pour elles, les préparations lactées leur offrent la possibilité de pouvoir manger ou boire ce qu'elles désirent sans qu'elles aient à se sentir coupable. Ces préparations leur permettent également de pouvoir faire quelques sorties sans le bébé et sans avoir à se soucier de certaines préoccupations liées à l'allaitement telles que le nombre d'heures durant lesquelles elles s'absentent ou l'engorgement des seins. Ces mères soulignent que le fait que l'enfant ne soit pas dépendant d'elles est très libérateur.

« Parce qu'après neuf mois à avoir un bébé là, j'étais tannée, je voulais être libre tout le temps, j'ai eu le bébé neuf mois, je voulais pas toujours qu'elle soit sur moi, être en train d'allaiter » (Anick, 26 ans).

« J'ai été neuf mois enceinte, j'ai fais attention à ce que j'ai mangé, j'ai pas bu d'alcool, je prenais soin du bébé par rapport à ce que je mangeais puis ce que je vivais, là, est-ce que je peux avoir une pause quand je vais accoucher puis que mon chum en fasse autant que moi, un moment donné, moi aussi je veux me retirer un peu, puis relaxer, si je veux partir un avant-midi, il faut que tu calcules toutes tes affaires, il faut que tu tires ton lait, ce n'est pas tout le monde qui est capable de tirer son lait, donc juste là, neuf mois je pense que j'ai fais une bonne job » (Marilyne, 26 ans).

« Je voulais sortir, je voulais pouvoir aller faire l'épicerie puis que papa reste avec le bébé sans avoir à prévoir que là il faut que je tire du lait puis que là je suis à l'épicerie avec les seins gros de même (rire), c'est toutes ces petites affaires là qui ont fait que ça allait tout dans ce sens là [choix du biberon : j'ajoute] » (Vicky, 27 ans).

4.2.1.3 Donner des préparations lactées pour la régularité

Cinq des six femmes ayant fait le choix de nourrir leur bébé avec l'aide des préparations lactées ont déclaré que cette méthode leur permettait d'obtenir un horaire stable beaucoup plus rapidement que si elles avaient fait le choix d'allaiter au sein. De plus, elles affirment que ce choix est simple et qu'il permet de savoir exactement la quantité de lait que l'enfant boit, donc de savoir dans combien de temps l'enfant aura faim à nouveau. Elles comparent souvent la régularité de l'horaire d'un enfant nourri avec des préparations commerciales à l'irrégularité de l'horaire d'un enfant nourri au sein. Elles disent avoir remarqué que les bébés qui sont nourris avec des préparations lactées font leur nuit beaucoup plus rapidement que les autres et cela représente un net avantage pour elles.

« Au biberon, tu sais s'il boit bien, tu sais quelle quantité il a bu, tu sais quand est-ce qu'il va avoir faim parce qu'habituellement, c'est pas mal régulier tandis que quand t'allaites, c'est jamais régulier » (Katherine, 26 ans).

« Si je vais dans les sous-raisons, bien de compter, de savoir que le lait maternisé c'est plus bourratif, moi c'était aux quatre heures puis elle n'avait pas faim entre ça, à part durant les poussées de croissance, mais sinon, a l'avait pas faim » (Vicky, 27 ans).

« Un bébé biberon va obtenir un horaire beaucoup plus rapidement, un horaire stable, à trois mois, elle faisait ses nuits au complet, puis c'est comme plus facile d'organiser un horaire » (Mélissa, 34 ans).

4.2.1.4 Donner des préparations lactées pour garder l'aspect intime des seins

Parmi les raisons énumérées par les mères qui ont privilégié les préparations lactées comme mode d'alimentation au cours de leur grossesse, on retrouve plusieurs arguments relevant de l'inconfort lié à l'allaitement en public et de l'inconfort personnel face à cette pratique. Quelques femmes ont dit qu'elles ne se sentaient pas à l'aise avec l'idée de dévoiler leurs seins dans des endroits publics et même devant leur famille ou leur belle-famille. Certaines d'entre elles nous ont révélé que leurs seins étaient associés à leur sexualité et que pour elles, il était impensable que leurs seins deviennent le mode d'alimentation de leur nourrisson.

« Je trouve que, bien pour moi, je trouve que c'est sexuel, je ne me voyais pas donner le sein à Roxanne, à un moment donné, bébé ils ne s'en rendent pas compte, mais un moment donné, ils sont plus vieux, tu sais, non » (Katherine, 26 ans).

« Mes seins pour moi, ce n'était pas l'alimentation de mon enfant, je vois ça plus sexuel » (Marilyne, 26 ans).

« Je trouve ça plus inconfortable que d'autre chose là [l'allaitement], quand tu es ailleurs, tu es prise pour cacher le bébé en dessous d'une affaire » (Katy, 36 ans).

4.2.2 La décision de nourrir son enfant au sein

Cinq femmes de notre échantillon avaient pris la décision d'allaiter au cours de leur grossesse. Une femme ayant d'ailleurs donné naissance à des jumeaux, avait pris la décision de donner son lait mais avec l'aide du biberon. Trois de ces mères étaient primipares, une avait vécu une expérience antérieure d'allaitement au sein de moins de deux semaines et avait poursuivi au biberon, alors qu'une autre a vécu une expérience d'allaitement au sein postérieure à l'histoire retenue pour cette recherche. Les mères ayant choisi l'allaitement comme mode d'alimentation du nourrisson ont tendance à moins élaborer concernant les raisons qui soutiennent leur décision d'allaiter au sein, décision qu'elles ont par la suite modifiée. Toutefois, certains éléments notables ont été mentionnés à quelques reprises.

4.2.2.1 Allaiter parce que c'est la meilleure alimentation pour le nourrisson

Toutes les femmes rencontrées qui avaient choisi d'allaiter au cours de leur grossesse ont mentionné avoir fait ce choix, car selon elles et selon les informations qu'elles recevaient de toutes parts, c'est le meilleur lait qui existe pour le nourrisson. Puisqu'elles voulaient donner le meilleur à leur enfant, il allait de soi pour ces femmes qu'elles allaient allaiter.

« Parce que je pense qu'effectivement, c'est la meilleure chose à faire, je pense vraiment qu'il n'y a pas de meilleure alimentation que ça pour l'enfant » (Annie, 31 ans).

« Puis oui, c'est probablement le meilleur lait, je ne suis pas médecin, mais avec ce que j'entends puis ce que j'ai lu, c'est probablement le meilleur lait » (Vanessa, 30 ans).

« Je crois que c'est en partie parce que je croyais que l'allaitement était la meilleure alimentation pour mon enfant » (Kelly, 24 ans).

Certaines d'entre elles, ont également mentionné l'importance de transmettre leurs anticorps à leur bébé. C'est d'ailleurs pour cette unique raison que la maman des jumeaux avait choisi de tirer son lait, car sinon, elle aurait préféré donner des préparations le lait commercial.

« Mais tirer mon lait, j'étais prête à le faire pour leur donner à mes enfants, parce que je savais que c'est important au niveau des anticorps, je savais que c'était important, donc c'est plus pour ça que je voulais leur donner, parce que ce n'était pas mon choix personnel à moi, mais je voulais leur donner pour leurs anticorps » (Katy, 36 ans).

4.2.2.2 Allaiter pour le contact et la fierté

Quelques femmes ont souligné que l'allaitement allait leur offrir la possibilité d'avoir un contact privilégié avec leur bébé. Elles voyaient aussi un certain accomplissement dans ce geste. En effet, le fait de pouvoir nourrir son enfant avec son propre lait semblait être très important pour elles.

« C'est spécial, c'est le contact, c'est à ce niveau là, c'est pour une satisfaction personnelle aussi, c'est toi qui nourris ton enfant, c'est ton lait » (Annie, 31 ans).

« Pour le contact avec l'enfant, j'avoue que c'est assez merveilleux, que le corps produise ça pour un enfant, le concept du corps humain est quand même fait pour ça » (Virginie, 28 ans).

« C'est comme un moment de qualité et la sensation que ça l'apporte de nourrir son bébé avec son propre lait » (Annabelle, 25 ans).

4.2.2.3 Allaiter pour suivre le courant

Certaines femmes ont clairement mentionné que l'allaitement semblait avoir la cote auprès de leur entourage, dans les médias et dans le réseau de santé public québécois et que cela influençait leur choix. Donc, sans trop se poser de questions elles adhéraient à la tendance populaire.

« C'est sûr que je souhaitais allaiter, c'est ce que j'avais en tête, oui, parce que c'était ça aussi qu'ils nous conseillaient le plus, (...) j'avais fait venir des produits par Similac, tu avais le droit, si tu envoyais un coupon, ils t'envoyaient un sac je pense, avec des produits, mais tout le dépliant est fait quand même sur l'allaitement, même si c'est une compagnie de fabrication de lait, ils parlent de l'allaitement comme première alimentation, donc tu te dis bien, je vais allaiter, oui » (Virginie, 28 ans).

« Oui, puis c'était sûr que j'allaitais, dans ma tête, oh oui, j'avais lu, j'ai lu vraiment beaucoup sur l'allaitement, je me suis informée, j'ai un entourage, toutes mes amies ont des bébés presque puis presque tout le monde allaite puis tout ça, c'est assez pro allaitement » (Vanessa, 30 ans).

« Bien au début non, je ne voulais pas tirer mon lait, je ne voulais pas allaiter non plus, finalement, en cours de route, ils font beaucoup de publicité que c'est important puis tout ça, donc, j'ai décidé de donner mon lait, mais pas d'allaiter, juste le tirer » (Katy, 36 ans).

4.3 Issu de l'expérience

Quel que soit le choix qu'elles avaient fait au cours de leur grossesse, les mères participant à notre étude n'ont ni allaité au sein, ni donné leur lait maternel à l'aide du biberon durant plus de 2 semaines. Nous avons invité les mères à nous décrire les événements qui ont mené à ce changement ainsi que leurs sentiments face aux différents événements survenus lors de cette période de leur vie. La majorité de ces femmes ont vécu des expériences qu'elles qualifient de positives alors que d'autres ont fait la description d'une période très difficile.

4.3.1 Expérience positive

Toutes les femmes ayant fait le choix des préparations lactées durant leur grossesse ont décrit de façon positive leur expérience concernant l'alimentation de leur bébé. Elles utilisent des qualificatifs comme simple et facile pour illustrer ce qu'elles ont vécu. Les mères ont parlé à plusieurs reprises du fait que leur bébé avait fait leurs nuits rapidement comparativement à certains bébés allaités de leur entourage et que cela faisait en sorte qu'elles étaient beaucoup plus en forme que les mamans qui allaitent.

« Ça c'est toujours bien passé, ça toujours été pareil, même encore, c'est aux quatre heures, puis il n'y a rien eu de ..., moi c'était vraiment stable, même la nuit, moi, la nuit elle ne buvait pas, elle a fait ses nuits quasiment tout de suite, c'est sûr que ça n'a pas été très, très compliqué, qu'est-ce qui changeait, dans le fond, c'était la quantité de lait puis, ça été stable tout le long, il n'y a pas eu de problème, je n'ai pas eu ..., c'était pas très compliqué avec Noémie [sa fille] » (Anick, 26 ans).

« Ça vraiment été facile et ça nous a un peu aussi conforté dans notre choix étant donné qu'elle a fait ses nuits rapidement comme ça et on savait toujours ce qu'elle avait bu, ça, ça nous a rassuré beaucoup » (Vicky, 27 ans).

« Tout le monde était bien heureux, il [son conjoint] faisait sa part la nuit, je faisais ma part, puis tout était bien comme ça, puis on n'a jamais souffert de grande fatigue, on était en forme pour être avec le petit puis pour faire nos choses, la vie continuait, puis tout allait bien » (Julie, 25 ans).

La majorité d'entre elles soulignaient que leur bébé était autant, sinon en meilleur santé que les bébés allaités qu'elles connaissaient.

« Moi, mes enfants sont pas plus malades, puis je sais qu'il y avaient des études qui disaient que les enfants avaient un système immunitaire plus faible si on allaitait pas, puis moi, regarde, mon gars il est jamais allé à la clinique depuis qu'il est né, puis lui non plus, donc moi, je pense pas que ça joue un rôle si primordial [l'allaitement] » (Kelly, 24 ans).

« Tu sais : « Ah, les enfants allaités sont moins malades ». Bien moi, je m'excuse mais Maïka est 100 fois moins malade que des enfants qui vont à la même garderie qu'elle, puis elle n'a pas été allaitée » (Virginie, 28 ans).

« Puis au niveau de la santé aussi, contrairement à ce qu'on dit, les enfants allaités sont beaucoup, en-tous-cas, ceux que j'ai fréquentés, ils étaient beaucoup plus malades que les enfants pas allaités, au biberon » (Julie, 25 ans).

Dans tous les cas sauf un, les femmes disent avoir été appuyées dans leur choix tant par leur conjoint, leurs parents que leurs amis. Les commentaires venant de l'entourage plus éloigné étaient parfois négatifs mais, selon les répondantes, ils les touchaient très peu car elles se sentaient soutenues par leurs proches.

« Les gens savaient d'avance puis les gens qui m'entourent de proche le savaient puis il n'y a pas eu de pression, j'ai même eu de l'aide pour dire ce n'est pas grave, ce n'est pas grave, ce n'est pas grave » (Mélissa, 34 ans)

« J'étais entourée de monde, comme ma meilleure amie, qui elle non plus ne voulait pas allaiter, donc nous ensemble, c'était ça, puis regarde, c'est comme ça, c'est comme ça » (Marilyne, 26 ans).

Une des mères que nous avons rencontrées a toutefois mentionné s'être un peu remise en question au cours de sa grossesse en raison de l'incompréhension de son conjoint et de ses beaux-parents face à son choix. Elle a donc finalement essayé d'allaiter sa fille à la naissance, mais sans succès. Suite à l'accouchement, elle affirme ne plus avoir senti de jugements venant d'eux. Elle dit même avoir senti qu'ils étaient heureux de son choix puisqu'ils pouvaient eux aussi donner le biberon au bébé.

Parmi les femmes qui avaient fait le choix d'allaiter ou d'extraire leur lait maternel, quatre d'entre elles ont décrit l'expérience de l'utilisation des préparations lactées comme étant positive.

« Finalement, elle a été au biberon tout le temps, j'aurais pu la «plugger» comme on dit, puis le lait serait venu, sauf que j'ai décidé de ne pas le faire, j'ai décidé, étant donné qu'elle avait déjà commencé le biberon, j'ai décidé de ne pas le faire, puis ça c'est bien passé, ça bien été, elle a tout le temps été au biberon, puis ça super bien été, je suis vraiment contente » (Annabelle, 25 ans).

Évidemment, ces femmes avaient un certain recul qui faisait qu'au bout du compte elles pouvaient dresser un bilan positif de leur expérience même si elles avaient traversé des moments difficiles au départ.

« J'ai vraiment craquée, j'ai dit : « bien là regarde, je ne suis plus capable ». La seule chose que j'ai faite, c'est que j'ai dit à mon chum : « là on va lui donner un biberon, je vais juste essayer de finir au sein, je veux juste que tu me prennes en photo, juste pour avoir ce moment là, après ça, ça va être fini, après ça, on va arrêter », mais je me rappelle que le premier biberon, je pleurais, je pleurais vraiment parce que c'est comme si j'avais eu un échec, par après, tu te dis que c'est pas un échec là (...) » (Virginie, 28 ans).

Le fait que l'allaitement n'ait pas fonctionné pour des raisons telles que des blessures aux seins et une production de lait insuffisante a été vécu comme un échec pour une de ces femmes, mais d'après ses explications, elle a rapidement réalisé que cette pratique ne lui convenait pas et que les préparations lactées représentaient une certaine simplicité et l'assurance que le bébé soit suffisamment nourri. Même si ce n'était pas son choix au départ, elle dit avoir apprécié la liberté et la possibilité de partager les tâches que lui a apporté les préparations.

« Bien pour moi, ça été positif, c'est positif du fait que j'étais contente de ..., que mon chum puisse participer, que mes parents ..., je trouvais ça super le fun de prendre des photos de mes parents en donnant le biberon, c'est un beau moment, qu'ils ont pu passer avec leur petite, mon frère aussi, qui n'avait pratiquement jamais pris un bébé de sa vie, il a eu un contact immédiat avec Meggie » (Virginie, 28 ans).

Deux des mères ayant vécu de belles expériences en étaient à leur deuxième grossesse. Sachant que leur premier enfant était en parfaite santé en ayant été nourri à l'aide de préparations de lactées, elles n'avaient aucune crainte de répéter l'expérience. L'une d'entre elles avait opté pour les préparations commerciales en raison de son état de santé qui l'obligeait à prendre un médicament avec lequel l'allaitement n'était pas compatible, alors que l'autre avait choisi de réessayer l'allaitement après une première tentative qui avait avorté en raison de la fatigue et de douleurs aux seins qui se sont reproduites lors de la deuxième expérience. D'après leur récit, le fait d'avoir déjà eu un enfant leur a donné beaucoup plus d'assurance face à leur expérience quant à l'alimentation du bébé.

Malgré le fait que ces femmes aient vécu des expériences qu'elles décrivent comme étant positives, elles sont nombreuses à déplorer le fait que le message présent dans les médias et le réseau de la santé véhicule une mauvaise image des mères qui choisissent de ne pas allaiter. Ces mères revendiquent le libre choix et le respect du choix de chacune quel qu'il soit.

Enfin, les femmes que nous avons rencontrées ont parfois été confrontées à un manque d'information concernant l'utilisation du biberon et des préparations lactées. Elles auraient apprécié qu'il y ait davantage de renseignements à ce sujet dans les livres concernant les nouveau-nés.

« Pour les biberons, on a été laissé seul, c'est sûr qu'à l'hôpital, ils nous ont dit : « bon bien, il faudrait qu'elle boive à peu près ça », mais après ça, quand est-ce que tu augmentes, quand est-ce que c'est trop, quand est-ce que c'est pas assez, on n'avait pas d'information, dans les livres non plus, ils ne t'en mettent pas, c'est vraiment marginal » (Vicky, 27 ans).

Elles soulignent également le manque de soutien pour les mères qui donnent des préparations lactées versus celui pour les femmes qui allaitent. Bien qu'elles mentionnent que cela n'aurait pas été utile pour elles, ces mères recommandent l'instauration d'haltes biberon au même titre que les haltes allaitement déjà existantes dans plusieurs CLSC.

« Une mère qui est peut-être moins bien entourée et qui n'a pas sa famille, pourquoi elle ne pourrait pas aller aux rassemblements de mamans, parce que c'est des mères qui allaitent, c'est ça que je trouve fou, pourquoi ces femmes-là ont le droit à un rassemblement puis qu'elles peuvent parler, dans le fond, il y a d'autres mères à côté qui ont peut-être besoin d'avoir un rassemblement de mères qui donnent le biberon » (Anick, 26 ans).

4.3.2 Expérience négative

Deux des mères ayant participé à notre étude ont vécu une expérience très difficile. Ces femmes avaient choisi d'allaiter et malgré plusieurs tentatives et beaucoup de persévérance, leur allaitement n'a pas été un succès. Elles disent avoir senti de vifs sentiments d'échec et de culpabilité.

« Je me suis sentie vraiment, vraiment coupable, vraiment, j'ai beaucoup pleuré, j'avais l'impression de la gaver quand je lui donnais le biberon, juste parce que c'était un peu ce qu'il nous avait été enseigné, (...) écoute, c'est un lavage de cerveau un petit peu peut-être, mais là je me disais ..., bien, je trouvais que c'était un sentiment d'échec, je n'avais pas réussi, puis tout le monde est supposé être capable, puis tu le crois quasiment un moment donné, parce qu'ils t'enseignent ça » (Annie, 31 ans).

« Puis l'échec il était vraiment, vraiment, vraiment fort, le sentiment d'échec parce que je voulais lui donner le meilleur lait pour sa santé, ça m'inquiétait quasiment de lui donner d'autre lait, je me suis dis : « caline, c'est vraiment ça le lait qu'il faut donner », donc pour sa santé, je me disais bon, je me faisais des scénarios, puis je n'étais pas capable de me ramener à dire : « crime, tu as été un bébé au biberon, puis tu n'es pas malade là », j'étais plus dans les scénarios de elle va être malade si je ne l'allait pas là quasiment » (Vanessa, 30 ans).

L'une d'entre elles dit tout de même s'être sentie libérée lorsqu'elle a cessé d'allaiter. Elle avait enfin l'impression de pouvoir se concentrer sur le bien-être de son bébé plutôt que sur la quantité de lait qui sortait de ses seins. L'autre mère a eu davantage de difficulté à trouver des éléments positifs par rapport au fait de donner des préparations lactées. Elle a par contre indiqué que même si elle avait intégré le message selon lequel ne pas allaiter c'est être une mauvaise mère, les gens de son entourage et son conjoint lui ont tellement répété le contraire qu'elle a fini par le croire elle aussi.

Ces deux mères ont émis les mêmes mises en garde et recommandations que les mères qui ont vécu des expériences positives, mais elles ajoutent que l'on devrait éviter de dire que toutes les femmes peuvent allaiter, car selon elles ce n'est pas vrai. À ce sujet elles insistent sur le fait que l'on devrait mieux documenter les difficultés que les mères peuvent

rencontrer lors des débuts de l'allaitement et les différents éléments qui peuvent faire en sorte qu'une mère ne puisse pas allaiter. Elles désapprouvent totalement le fait qu'il n'y ait que les côtés positifs de l'allaitement qui soient présentés dans les médias et les campagnes de promotion de l'allaitement et que cette pratique soit dépeinte comme étant si facile et si naturelle, ce qui n'a pas été le cas pour elles.

« J'avais des attentes que c'était beau, puis que c'était facile, puis que c'était naturel, puis que j'allais aller au parc, puis que j'allais l'allaiter, puis ça allait être, finalement, il n'y a rien de ça qui s'est passé. Depuis le début quand je l'ai allaité, moi ça n'a jamais été le fun vraiment, parce que ça toujours fait mal, la petite a l'a toujours pleuré, ça n'a jamais sortit assez, donc, il n'y a rien eu de bien, bien beau là dedans, puis de naturel, puis de facile, donc c'est un méchant « crash », quand tu lis tout ça, puis que tu te dis bien non, ça va bien, c'est facile, toutes les mères peuvent allaiter, puis toi tu vis complètement d'autre chose, tu te dis : « ouien, o.k., il y a quelque chose qui ne marche pas », donc je pense que c'est un peu ça qui a fait que je l'ai vécu aussi difficilement, c'était un échec, vraiment » (Vanessa, 30 ans).

Ces deux mamans disent que l'on devrait modifier le message véhiculé pour éviter de culpabiliser les femmes qui n'allaitent pas ou qui ont tenté d'allaiter sans succès. De leur point de vue, les nouveau-nés ont davantage besoin d'une mère en bonne santé mentale que d'une mère qui allaite. Même si elles déclarent avoir reçu beaucoup d'aide de la part des différents professionnels de la santé qu'elles ont rencontrés, elles souhaiteraient que les mères puissent bénéficier d'un accompagnement plus empathique et plus personnalisé autant au niveau de leur choix qu'au niveau de l'expérience en tant que telle.

« Je pense que ça aurait été mieux un accompagnement puis quelque chose de plus : « bien regarde, on va t'accompagner là-dedans, puis si ça ne fonctionne pas, bien ça ne fonctionne pas, ou si ça fonctionne à moitié, c'est correct aussi » ou plus d'empathie, je te dirais qu'il n'y en a pas eu, c'était ça, puis ça, il n'y a pas d'autre option, peut-être que s'il y avait eu un soupçon d'humanité là-dedans, puis de : « je te comprends » » (Annie, 31 ans).

Ces mères disent avoir reçu tous les conseils possibles concernant l'allaitement, mais elles auraient aimé être davantage renseignées sur les obstacles qu'une femme peut rencontrer lors des débuts de l'allaitement et sur les différentes causes qui font en sorte qu'un

allaitement peut ne pas fonctionner. Elles ont également reçu beaucoup d'encouragements de la part des professionnels de la santé pour poursuivre l'allaitement alors qu'à un certain moment, elles auraient préféré qu'un d'eux leur disent que l'allaitement au sein pouvait ne pas fonctionner pour tout le monde et que c'était correct des préparations lactées.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Le but de la présente étude était de répondre à la question : *Quelle est l'expérience des mères qui nourrissent leur enfant avec des préparations lactées dans un contexte de promotion de l'allaitement maternel?* Nous reprendrons dans ce chapitre les caractéristiques des discours sur la maternité et sur la santé que nous avons présentées dans le deuxième chapitre afin de les mettre en lien avec nos résultats de recherche. Nous terminerons ce chapitre par la présentation des contributions et des limites de notre étude.

Toutes les femmes de notre étude ont souligné l'existence d'une intense pression sociale concernant l'allaitement. Même celles qui avaient prévu allaiter ont mentionné que le contexte actuel était marqué par une promotion constante de l'allaitement. Les mères ont parlé de la présence de cette pression non seulement à l'intérieur du milieu médical, mais également à travers les différents médias de l'information ainsi qu'au sein de la population en générale. Cette pression, nous le verrons ultérieurement, ne contraint pas nécessairement les femmes à se conformer au comportement idéalisé, mais établit plutôt un contexte moral à l'intérieur duquel les femmes négocient leur identité en tant que mères. En effet, Murphy (2004) parle entre autres des différentes recommandations émises soit par les professionnels de la santé, les politiques gouvernementales ou encore celles des organisations internationales qui, selon elle, définissent les standards à l'intérieur desquels la façon dont les mères nourrissent leur enfant sera jugée par les autres et par les femmes elles-mêmes.

Des arguments soutenus pour justifier le choix des préparations lactées

Les mères ayant choisi de nourrir leur bébé avec des préparations commerciales ont expliqué leur décision à l'aide de différents arguments reliés à des aspects personnels, familiaux et sociaux. La plupart d'entre elles ont dit avoir une certaine confiance en elles-mêmes et ne pas trop se soucier de ce que les autres pensaient d'elles. Ces résultats correspondent à ceux de Lee (2008) qui disait à ce sujet que la confiance de ces mères était parfois basée sur un rejet conscient du message dominant qui stipule que l'allaitement est le meilleur choix, et ce, autant pour l'enfant que pour la mère. Lee (2008) et Murphy (1999) expliquent que les femmes qui avaient décidé durant la grossesse d'utiliser les préparations commerciales, savaient que leur intention pouvait attirer des jugements et qu'elles seraient possiblement perçues comme de mauvaises mères. En effet, les mères ayant participé à notre étude étaient toutes très conscientes du contexte actuel qui valorise l'allaitement au sein et elles savaient qu'en choisissant les préparations lactées elles devraient peut-être affronter certains commentaires de la part des professionnels de la santé ou des membres de leur entourage. Murphy suggère que cela génère des réponses défensives de la part des mères afin de rebuter les allégations selon lesquelles donner des préparations lactées est mauvais, égoïste et irresponsable.

Ainsi, les femmes de notre étude ont détaillé des arguments soutenus afin de justifier leur choix. Les principales raisons qu'elles ont citées réfèrent à leur désir de partager l'acte de nourrir le bébé avec d'autres membres de la famille, de retrouver une certaine liberté, d'avoir un horaire régulier et finalement, de conserver l'aspect intime des seins.

Certaines femmes ont justifié le recours aux formules lactée par le fait qu'elles offraient la possibilité pour le père ou d'autres membres de la famille de créer des liens plus facilement avec l'enfant comparativement à l'allaitement. Les études concernant les bienfaits de l'allaitement mettent souvent en avant plan l'importance de ce geste pour créer des liens entre la mère et l'enfant, les mères ont donc repris cet argument afin de justifier leur choix en mentionnant que l'allaitement mettait de côté le père et qu'à l'inverse, les préparations lactées

permettaient à ce dernier ainsi qu'aux grands-parents, ou aux frères et sœurs de l'enfant de construire des liens plus rapidement avec celui-ci.

Dans certains cas, il était également question d'équilibrer la tâche entre le père et la mère, ce que l'allaitement ne permet pas selon elles. Les femmes sont effectivement de plus en plus nombreuses à vouloir que les hommes s'occupent de leurs enfants autant que les femmes. Badinter (2010) parle de la fin du dévouement absolu pour expliquer le fait que les femmes remettent en cause le don d'elles-mêmes qui semblait si naturel et spécifique à leur sexe depuis plus de deux siècles. L'auteure explique que les femmes montrent par de nombreux signes qu'elles veulent partager avec leur compagnon l'amour de l'enfant et le sacrifice de soi, comme si justement l'un et l'autre n'allaient pas de soi. Comme si ces deux attributs de la maternité n'appartenaient pas forcément au sexe féminin. Selon Badinter, pour ces femmes, la maternité telle qu'elle est vécue depuis des siècles, n'est que le lieu de l'aliénation et de l'esclavage féminin. Elles revendiquent donc la dissociation de la procréation et de la prise en charge exclusive des enfants par les femmes.

Le lien que les femmes ont fait entre une plus grande liberté et l'acte de donner des préparations lactées peut facilement être mis en lien avec les propos de Lupton (2000) qui souligne qu'une nouvelle figure de mère indépendante a émergé au cours des dernières décennies. Il semblerait que les mères qui occupaient un emploi avant la naissance du bébé, et c'est le cas des femmes de notre étude, trouvent les responsabilités du rôle de mère quelque peu oppressives et écrasantes. L'occupation d'un travail rémunéré qu'elles apprécient apparaît en effet, comme un fort contributeur à l'estime de soi des femmes. L'effacement des frontières entre la mère et l'enfant qui apparaissait autrefois comme un processus accepté sereinement est désormais construit pour certaines mères à travers de nouvelles formes de subjectivités féminines et de relations sociales. Dans un monde matérialiste et compétitif, cette figure de la mère indépendante se conforme à la fois à la notion traditionnellement masculine du sujet, c'est-à-dire, un sujet autonome qui investit temps et énergie afin de faire de lui un professionnel qui réussit sur le marché du travail, et à la fois à la notion de la mère qui prend soin et qui est plus apte à s'investir dans une relation d'amour avec l'enfant puisqu'elle satisfait son propre potentiel en tant qu'individu sur le marché du travail. Selon

Woodward (1997), la mère indépendante qui réussit est une femme qui a fait le choix de devenir mère tout en combinant cela à une carrière rémunérée florissante. N'oublions pas ici que l'idéal de la mère indépendante coexiste dans la société avec l'idéal de la bonne mère, ce qui n'est pas sans créer quelques tensions. Par exemple, selon Lupton (2000) la société s'attend à ce que la bonne mère ne retourne au travail que lorsque l'enfant sera âgé d'un an. À ce moment seulement, la quête d'autonomie et de développement de soi via le marché du travail sera acceptable. Ainsi la maternité peut être autant considérée comme une source de réalisation de soi que comme une contrainte significative à celle-ci. Cela requiert toute une agilité et une flexibilité de la part des femmes pour naviguer entre ces multiples subjectivités et les demandes associées à celles-ci qui se font souvent compétition. Le biberon et les préparations lactées apparaissent donc, selon Badinter (2010), comme une solution de compromis visant à concilier les intérêts personnels de la femme et ceux de la mère : « Le biberon, c'est la possibilité d'aller et venir et de se faire remplacer auprès du petit enfant. C'est donc la liberté rendue à celles qui le souhaitent de mener de front leur vie de mère et de femme » (p.218).

Quant au désir d'obtenir un horaire régulier rapidement, nos résultats concordent avec ceux de Lee (2007a) qui révélait que le désir d'exercer un contrôle était une aspiration commune des femmes qui avaient prévu de nourrir leur enfant avec des préparations lactées. Les femmes que nous avons rencontrées ont effectivement déclaré désirer être capable de faire autre chose que de nourrir leur bébé, donc, elles préféraient savoir la quantité de lait bu par leur bébé afin de pouvoir prévoir quand sera le prochain boire. L'utilisation des préparations lactées était perçue comme pouvant être contrôlée par la mère alors que l'allaitement était plutôt perçu comme étant contrôlé par le bébé. De plus, elles ont mentionné l'importance du fait qu'un bébé nourri avec des préparations commerciales faisait ses nuits plus rapidement qu'un bébé allaité. Ces propos convergent avec les précédents concernant le désir de liberté. Les changements dans les rôles des femmes dans la société ont mené ces dernières à s'identifier en tant qu'individu possédant de multiples rôles, les mères ne veulent pas seulement être des mères, d'où l'importance de ne pas être à la merci de bébé et de pouvoir dormir des nuits complètes rapidement afin d'être plus en forme et d'avoir la possibilité de se consacrer à d'autres activités que le maternage.

Finalement, le désir de conserver l'intimité des seins a aussi été mentionné par quelques répondantes. Ces mères évoquaient le malaise qu'elles ressentiraient si elles devaient dévoiler leurs seins en public ou devant des membres de leur famille. Ceci étant lié au fait que pour elles, les seins faisaient partis de leur sexualité et qu'elles ne souhaitaient pas qu'ils soient associés à l'alimentation de leur nourrisson. Une fois de plus, la dualité entre les différents rôles de la femme explique cet argument. Effectivement, le sein d'aujourd'hui renvoie à la fois à des fonctions de la maternité et à la fois à des fonctions de sexualité et cela fait en sorte que certaines femmes ont un rapport très ambigu face à leurs seins. Mettre le bébé sur cette zone érogène peut donner l'impression à certaines femmes de commettre un acte quelque peu incestueux et elles devront séparer dans leur esprit le sein nourricier du sein sexuel. Plusieurs études (Young, 1990; Carter, 1995; Van Esterik, 1995; Dettwyler, 1995; Bramwell, 2001) ont, en effet, confirmé que les femmes ainsi que les sociétés occidentales associaient les seins à la sexualité, à la féminité et à la séduction. C'est cette représentation des seins qui fait en sorte que certaines préfèrent ne pas les associer à l'acte nourricier et également, de ne pas rendre visible au public cette partie du corps. Selon Marilyn Yalom, auteure du livre, *Le sein : Une Histoire* (2010), le tiraillement du sein entre ces deux fonctions est l'incarnation de l'éternel conflit entre la femme et la mère. À son avis, les seins faisant partie du corps de la femme, c'est à elle que revient la décision de leur fonction et non aux hommes, aux médecins ou aux politiciens.

Des raisons justifiant le choix initial de l'allaitement

Les mères qui avaient prévu allaiter leur nourrisson au sein ont également justifié leur décision à l'aide de certains arguments. Notons toutefois que l'élaboration des arguments de la part de ces mères était beaucoup moins soutenue que celle des mères ayant choisi le biberon. Autrement dit, les mères qui désiraient allaiter avaient tendance à présenter cette décision comme en étant une qui allait de soi selon elles. Les arguments mentionnés par ces femmes sont très près des caractéristiques attribuées à l'allaitement dans les discours de promotion de ce geste. En effet, elles ont principalement souligné le fait que l'allaitement

était la meilleure alimentation possible pour leur nourrisson, que cette pratique pourrait leur procurer une fierté et un contact privilégié puis, finalement qu'en choisissant cette méthode, elles suivraient la tendance générale actuelle.

Toutes les femmes qui prévoyaient allaiter leur nourrisson disaient avoir opté pour ce choix, car selon elles et selon les messages qu'elles entendaient de toute part, cette alimentation était la meilleure pour le bébé. En effet, les avantages pour le nourrisson sont largement mis de l'avant dans les discours de promotion de l'allaitement (Wall, 2001). Les effets à court et à long terme du lait maternel sur l'enfant sont abondamment relatés dans les écrits sur l'allaitement et le discours public. Selon Murphy (1999) l'objectif de ce discours, véhiculé par les professionnels de la santé et les groupes de promotion de l'allaitement, consiste à convaincre les mères d'adopter cette pratique jugée la plus appropriée pour la santé du nourrisson. Toujours selon Murphy, dans le contexte actuel de promotion de l'allaitement, les femmes qui décident d'allaiter sont considérées comme de « bonnes mères » puisqu'elles basent leur décision sur les besoins de leur nourrisson et sur les bienfaits envisagés de l'allaitement de ce dernier. Plusieurs recherches (Blum, 1993; Hays, 1996; Murphy, 1999) ont d'ailleurs confirmé le fait que la plupart des femmes choisissent d'allaiter pour ces raisons. Ainsi, tout comme dans l'étude de Murphy (2000), les femmes de notre investigation, qui au cours de leur grossesse avaient choisi l'allaitement comme mode d'alimentation, endossent le discours des experts sur la supériorité du lait maternel.

Nous pouvons également lier cet argument au discours du risque entretenu concernant les préparations commerciales. Nous l'avons vu précédemment, le discours actuel de promotion de l'allaitement insiste sur les conséquences futures du non-allaitement sur la santé des nouveau-nés. L'allaitement apparaît donc comme une option permettant d'agir sur le devenir du nourrisson en contrant les risques anticipés de la maladie. Nous avons également vu que le discours sur la maternité insiste sur l'importance de la responsabilité de la mère sur la santé physique et psychologique de leur nourrisson, ainsi, l'allaitement au sein représente pour elles, le meilleur choix afin de répondre aux besoins de leur nouveau-né.

Quelques femmes ont souligné le fait que d'allaiter allait leur permettre d'avoir un contact privilégié avec leur bébé. Dans les discours de promotion de l'allaitement, le contact est effectivement souvent représenté comme un élément crucial au développement de la relation mère-enfant. Wall (2001) souligne que le concept d'attachement est au coeur du discours dominant sur l'allaitement. Elle insiste également sur le fait que plusieurs messages renforcent l'idée selon laquelle ce geste procurerait un contact intime et spécial que seules les mères allaitantes et leur bébé peuvent connaître. Selon elle, une telle représentation perpétue les croyances culturelles ancrées concernant l'instinct maternel, l'amour naturel des mères et la maternité intensive. Schmied et Lupton (2001) ajoutent que cette perception de l'allaitement contribue à idéaliser cette pratique et à la rendre uniforme pour toutes les femmes et ce, indépendamment des expériences de chacune et du sens qu'elle lui accorde.

Les mentions des mères interrogées liées au fait que l'allaitement procure une certaine fierté sont compatibles à l'association entre l'allaitement et le concept de bonne mère. Effectivement, le lait maternel est reconnu pour être le meilleur choix en terme d'alimentation du nourrisson et par définition, la « bonne mère » est une femme qui offre le meilleur à son enfant. Par conséquent, la mère qui choisit d'allaiter est une femme rationnelle et responsable qui répond à ses devoirs maternels. Une femme ayant opté pour ce choix aligne son comportement sur le discours médical et sur le discours sur la maternité et peut donc en retirer une gratification personnelle, mais aussi de la part des professionnels de la santé et de son entourage.

Certaines des répondantes justifiaient leur décision d'allaiter par le fait que ce choix était le plus populaire auprès des mères en général et que celui-ci était recommandé autant dans les différents médias que par les professionnels de la santé. À ce sujet, l'étude de Jodelet et Ohana (2000) concluait effectivement que le fait de respecter une tradition ou de satisfaire à un devoir, une obligation ou une fonction dévolue à la femme, sont des idées qui motivent les allaitantes. L'alignement de son comportement avec les discours dominants assure ainsi la mère qu'elle ne subira pas de jugement moral de la part des autres. Dans ses travaux, Murphy (1999) a effectivement démontré qu'à l'inverse des mères qui optaient pour l'allaitement, celles qui choisissaient les préparations lactées étaient vues comme étant déviantes, ainsi, le

désir de respecter la norme peut apparaître comme un élément persuasif lors de la prise de décision des futures mamans.

Nous remarquons que la majorité des raisons citées pour soutenir le choix du biberon représentent davantage des bénéfices pour la mère comparativement aux raisons élaborées pour justifier le choix de l'allaitement, qui elles sont surtout présentées comme des avantages pour le bébé. Nous pouvons donc soulever l'hypothèse que les mères qui choisissent les préparations comme mode d'alimentation sont des femmes qui résistent ou qui réagissent aux paradigmes des discours sur la maternité et sur la santé, dans le sens que les raisons qu'elles énumèrent pour soutenir leur choix vont à l'encontre de ce qui est véhiculé par ces discours. À l'inverse, celles qui optent pour l'allaitement adhèrent davantage aux différents discours qui prônent que la bonne mère en est une qui fait des sacrifices. Notons toutefois que loin de nous est l'idée de mettre toutes les femmes dans le même panier et que l'adhésion ou la résistance à différents discours ne peuvent pas à eux seuls expliquer le choix des mères québécoises relativement à la façon de nourrir leur enfant.

Le sens de l'expérience vécue

La grande majorité des mères ayant participé à notre étude ont vécu leur expérience de non-allaitement de façon positive et ce, malgré le contexte actuel de promotion de l'allaitement. Ce résultat s'avère tout de même assez surprenant puisque selon la littérature consultée concernant l'expérience de nourrir son enfant avec des préparations lactées, il était souvent question de sentiment de culpabilité de la part des femmes vivant de telles expériences (Murphy, 1999; Mozingo et al. 2000; Lee, 2007). Au niveau individuel, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces mères, qui avaient pris leur décision de manière réflexive et raisonnée, se sont senties suffisamment « puissantes » pour être capables de rejeter le modèle maternel idéal prévalent sans se sentir coupables. Ceci étant dit, et selon Badinter (2010), qu'elles en soient conscientes ou non, de nos jours, ce modèle pèse sur toutes les femmes. Elles peuvent, par contre, l'accepter, le contourner, le négocier ou le rejeter. Elle ajoute que selon les pays, il est possible que l'on reconnaisse la légitimité des

multiples rôles féminins et que cela donne envie aux femmes d'être mères quitte à tourner le dos au modèle idéal. L'auteure appelle ces femmes les « négociatrices » puisqu'elles sont capables de négocier entre leur rôle de mère et d'autres objectifs personnels : « Même si elles reconnaissent le bien fondé du modèle dominant, leur pratique maternelle quotidienne aboutit à le démystifier » (Badinter, 2010, p.190). Cela serait dû, entre autres, au fossé croissant entre la représentation de la bonne mère et sa mise en pratique (Maher et Saugères, 2007).

Il n'en demeure pas moins que l'équilibre entre les deux identités est fragile et instable et donc, la négociation n'est jamais définitivement acquise. Ces propos rejoignent ceux de Lee (2008) et Murphy (1999, 2000) qui expliquent que les mères qui donnent des préparations lactées doivent travailler fort afin de préserver leur identité de bonne mère. C'est probablement ce qui explique le fait que les mères de notre étude ayant choisi les préparations énuméraient plusieurs raisons pour soutenir leur décision comparativement à celles qui avaient choisi d'allaiter.

Une partie du processus du travail d'identité consiste à se repositionner soi-même en tant qu'experte concernant la façon de prendre soin de son enfant. Plusieurs des mères que nous avons rencontrées soutenaient effectivement le fait qu'elles et plusieurs personnes de leur entourage n'avaient pas été allaités et qu'ils n'étaient pas plus malades pour autant. Elles répétaient la même chose concernant leur bébé qui, à leurs yeux, étaient autant en santé que les bébés allaités. L'étude d'Andrew et Harvey (2009) va également dans ce sens et confirme qu'il existe différents niveaux de croyances envers les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé. Les mères de cette étude qui nourrissaient leur bébé avec des préparations commerciales semblaient ne pas croire tout ce que disent les études et les professionnels de la santé concernant l'allaitement puisque cela ne correspond pas à ce qu'elles ont expérimenté elles-mêmes d'abord en tant qu'enfant et ensuite en tant que mère.

Par ailleurs, notre investigation met en évidence la grande signification du réseau social entourant la mère, car la presque totalité des femmes qui ont donné des préparations lactées disent avoir été soutenues par les membres de leur entourage immédiat. Ce résultat est congruent avec celui de l'étude de Sheehan, Schmied et Cooke (2003) qui présentait le

soutien des proches comme un élément important pour les mères. Selon Murphy (1999), étant donné que la façon dont la mère décidera de nourrir son enfant n'est pas seulement une décision de nutrition, mais une de moralité, le soutien des proches est souvent primordial pour la mère. À ce sujet, il serait intéressant d'investiguer davantage le paradoxe entre le discours ambiant pro-allaitement et le soutien relativement facile de la part de l'entourage immédiat des mères qui choisissent de donner des préparations qui serait un indice du fait qu'il n'y ait pas que les mères qui soient critiques par rapport au discours dominant.

Le fait que les mères de notre étude ont toutes reçu un soutien relativement bon de la part de leur entourage, nous porte à croire que celles qui ne bénéficient pas d'un aussi bon soutien vivent des expériences beaucoup plus difficiles, étant donné le contexte actuel à l'intérieur duquel règne l'intersectionnalité de trois discours qui construisent la façon dont les femmes vivent leur maternité.

Le soutien de la part des membres de l'entourage est apparu d'autant plus important pour le cas des mères qui avaient au départ prévu allaiter, mais qui ont finalement donné des préparations lactées. En effet, nos résultats ont démontré que même ces mères avaient finalement apprécié leur expérience. Les difficultés rencontrées lors des débuts de l'allaitement amènent certaines femmes à réviser leur choix concernant le mode d'alimentation de leur nouveau-né et à percevoir des avantages de la part des préparations commerciales auxquels elles n'avaient pas pensé précédemment. Particulièrement par rapport à la possibilité pour le conjoint et les membres de l'entourage de nourrir le bébé. Lee (2007b) exprime de façon juste ce que les femmes de notre échantillon ont vécu :

Formula feeding in this way appears widely accepted by women on pragmatic grounds, since it provides a way of managing the pressure of everyday life and unanticipated problems. In relation to women's interpretation of their experience, feeding a baby with formula milk often becomes the « easy » option as a result (p.307).

Nos résultats vont également dans le même sens que ceux de Lee (2008) qui démontraient que l'expérience de la maternité contrait les effets de la culture de la maternité

intensive dans le sens qu'à mesure que les femmes expérimentent la maternité, elles deviennent de plus en plus confiantes. C'est ce qui explique que les mères qui en étaient à leur deuxième enfant ont dit avoir beaucoup mieux vécu cette expérience que la première. Dans son étude de 2007(a), Lee avait également obtenu des résultats semblables. Ceux-ci démontraient que les femmes qui avaient expérimenté la maternité ou qui avaient régulièrement été en contact avec des enfants, décrivaient qu'elles se sentaient confiantes dans leur expérience concernant l'alimentation du nourrisson.

Finalement, les femmes que nous avons rencontrées, malgré le fait qu'elles ont vécu des expériences positives, soulignent que les messages de promotion de l'allaitement présents dans plusieurs milieux de la société véhiculent une mauvaise image des mères qui choisissent de ne pas allaiter et limitent la liberté et le respect du choix de chacune. Les femmes de notre étude déploraient également le manque d'information et de soutien pour les mères qui donnent des préparations lactées. Les campagnes de promotion de l'allaitement misent régulièrement sur la possibilité pour les femmes de faire un choix informé. Or, il est plutôt question d'une contrainte de choix puisque l'alternative à l'allaitement est présentée négativement. Ainsi, plusieurs études (Wall, 2001; Cairney et al., 2006; Cairney et Barbour, 2007) suggèrent que le régime actuel du choix est paradoxalement associé à la désinformation des mères concernant les méthodes d'utilisation du biberon et des préparations pour nourrissons. Ce manque d'information et de soutien pourrait occasionner certains problèmes pour les mères qui choisissent les préparations commerciales et pourrait même aller jusqu'à mettre en danger la santé de certains bébés (Lakshman et al., 2009). Certains auteurs soulignent la difficulté qu'entraîne ce régime pour les professionnels de la santé, car ils font face à un dilemme lorsqu'ils sont tenus responsables de faire augmenter les taux d'allaitement, mais qu'ils sont confrontés à la réalité de l'expérience maternelle (Miller et al., 2007; Lomax, 2009).

Cela nous amène à la remise en question du concept de choix en ce qui concerne la façon dont les mères nourriront leur nouveau-né. Les femmes ayant participé à notre étude ont clairement mentionné l'importance de laisser le libre choix aux femmes et de respecter ce choix quel qu'il soit. Pourtant, les politiques actuelles qui visent à protéger, promouvoir et

supporter l'allaitement modifient la signification du choix et de ce fait, aussi celui de l'autonomie. Jansson (2009) a analysé les approches de la Déclaration d'Innocenti et de l'initiative des Amis des bébés et arrive à la conclusion que :

« (...) breastfeeding is framed as a (mother's) choice and as a question of information, as stated in the Baby Friendly Hospital Initiative; « To enable mothers to make an informed decision about how to feed their newborns ». However, the *Declaration*....holds a normative view of what is the « right choice ». To hold a strong normative view on the one hand, and to stress the value of informed choice on the other, the assumption of some form of misconception, manipulation, or « false consciousness » is necessary. In the *Innocenti Declaration*, this is construed as the abstraction of the « bottle feeding culture » that entices mothers to make uninformed decisions. The implicit message is that mothers will come to the right decision once properly informed about the benefits of breastfeeding » (p. 244).

Dans le contexte actuel, nous pouvons donc dire que la possibilité de choix concernant la façon dont une femme nourrira son enfant est assez limitée puisqu'elle est davantage devenue une directive plutôt qu'un choix. Cette façon de présenter l'allaitement comme étant l'idéal et les préparations lactées comme étant un choix de dernier recours fait en sorte qu'il y a une forte pression entourant les mères vis-à-vis leur décision et leur façon de nourrir leur bébé. Face à cette pression, certaines femmes s'en sortent très bien, alors que d'autres rencontrent certaines difficultés.

En effet, même si les mères ayant vécu des expériences négatives représentent une minorité dans notre étude, ce qu'elles ont vécu n'est pas à prendre à la légère puisque les mères québécoises vivant des expériences semblables sont peut-être beaucoup plus nombreuses qu'on le croit.

Les deux mères ayant décrit leur expérience négativement désiraient allaiter préalablement à l'accouchement. Toutefois, elles n'ont pu le faire durant plus de deux semaines pour des raisons telles que la douleur, la faible production laitière ainsi que l'intolérance du bébé aux protéines bovines qui se retrouvent dans le lait de la mère lorsqu'elle en consomme. Ces raisons font souvent partie de celles citées par les femmes pour

justifier l'abandon de l'allaitement et le recours aux préparations commerciales (Williams et al., 1999; Kirkland et Fein, 2003). Ces deux femmes ont dit s'être senties coupables de ne pas allaiter et avoir vécu cette expérience comme un échec. Quelques études se sont attardées à explorer des expériences similaires, notamment celle de Lee (2007b) qui propose que les expériences des mères qui ont ressenti de la culpabilité ou un sentiment d'échec en donnant des préparations commerciales sont construites de façon marquée par la conscience du risque. Le compte-rendu des expériences de ces femmes fait preuve de l'influence du discours à l'intérieur duquel les préparations pour nourrissons ont été associées à une pratique de santé risquée. Lee (2007b) arrive à la conclusion que ces femmes ne font pas qu'intérioriser le discours sur la représentation de l'alimentation des bébés. Selon elle, ce que ces femmes ont vécu est beaucoup plus complexe puisque leur expérience est d'abord construite par l'expérience, souvent difficile, de nourrir un bébé. S'ajoute à cela, les demandes concurrentes reliées au fait d'être une femme qui incluent notamment le rétablissement de la normalité du corps, l'interaction avec d'autres adultes et l'engagement à l'intérieur du monde du travail. Et finalement, l'expérience est également construite par la construction socioculturelle de la bonne mère qui minimise et évite les risques. À son avis, il y a de multiples façons de réagir à ce contexte, mais l'influence des messages qui lient le lait artificiel à une pratique risquée apparaît comme étant significative pour les femmes qui ont vécu des expériences difficiles.

L'importance du réseau social entourant les mères est une fois de plus mise en évidence puisque contrairement à ce que l'on pourrait croire, nos deux mères ne se sont pas senties comme étant de moins bonnes mères. Il semblerait que le contexte familial ait eu une influence plus importante à ce niveau que le discours dominant, puisqu'à force de se faire répéter par leurs proches que le fait d'allaiter ou non n'avait rien à voir avec le fait d'être une bonne mère, elles y ont cru.

À l'instar de celles qui avaient vécu des expériences positives, ces mamans ont émis les mêmes commentaires concernant l'importance du respect du choix de chacune et le manque d'information disponible par rapport à l'utilisation des biberons et des préparations pour nourrissons. De plus, elles déplorent les représentations associées à l'allaitement comme celles qui prétendent que cette pratique est facile, naturelle et accessible à toutes les femmes.

De telles représentations laissent sous-entendre que les femmes forment une catégorie universelle, homogène, ayant la capacité inhérente d'allaiter (Wall, 2001). Cela sous-tend aussi qu'il n'y a qu'une façon de vivre sa maternité alors qu'il y en a une infinité. Cela remet également en question l'autonomie du choix des mères en matière d'alimentation du nourrisson (Shaw, 2004). Finalement, l'association entre « nature » et allaitement contribue à atténuer les difficultés pouvant survenir durant la période d'allaitement (Wall, 2001). Effectivement, les difficultés apparaissent souvent comme mineures et facilement surmontables dans les documents de promotion de l'allaitement puisque ceux-ci visent à présenter les aspects positifs de l'allaitement afin de favoriser l'adoption de cette pratique par les femmes. L'absence ou la faible présence des difficultés liées à l'allaitement, qu'elles soient relatives à l'environnement social, culturel ou matériel des femmes, dans le discours de promotion de l'allaitement peut occasionner une désillusion, de la culpabilité, un sentiment d'échec et une perte d'estime de soi chez certaines femmes (Bayard, 2009).

Enfin, les deux mères qui nous ont confié avoir vécu une expérience négative ont manifesté un désir de changement par rapport aux messages véhiculés concernant l'allaitement afin d'éviter de culpabiliser les mères qui n'allaitent pas ou qui ont tenté d'allaiter et pour lesquelles cela n'a pas fonctionné. Cela nous porte à penser que dans un contexte différent, ces mères auraient pu vivre des expériences moins difficiles. Elles souhaitent également que les femmes puissent bénéficier d'un accompagnement plus empathique et personnalisé de la part des professionnels de la santé. Quelques études vont également dans ce sens concernant l'attitude de ces derniers (Mozingo, 2000; Hall et Hawk, 2007). Les femmes manifestent le désir que les professionnels de la santé adoptent un comportement de support et de non jugement et qu'ils évitent de généraliser les expériences.

En somme, nous retenons que les femmes de notre étude qui avaient adopté une position plus critique face aux discours dominants sur l'allaitement, la maternité et la santé ont décrit de façon positive leur expérience de nourrir leur enfant avec des préparations lactées, alors que celles qui avaient davantage intériorisé les messages de ces différents discours ont décrit leur expérience de façon plus négative.

5.1 Contributions de la recherche

La présente recherche a permis de mettre en lumière l'expérience des mères québécoises qui nourrissent leur enfant avec des préparations lactées ce qui à notre connaissance n'avait pas été fait auparavant. C'est d'ailleurs dans cette mise en lumière que réside notre plus grande contribution, car le but premier de notre étude était de décrire l'expérience des mères québécoises et francophones qui choisissent de nourrir leur bébé avec des préparations lactées. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser en regard de la revue de la littérature, la culpabilité et la stigmatisation n'étaient pas des éléments centraux de l'expérience des femmes de notre étude qui ont opté pour les préparations commerciales. De plus, notre étude soulève un point qui serait intéressant à approfondir davantage, soit que l'utilisation des préparations commerciales n'est peut-être pas seulement la norme pour les femmes socio économiquement désavantagées, mais aussi pour celles de la classe moyenne. Les résultats obtenus témoignent également d'une certaine résistance plus généralisée que l'ont croit vis-à-vis les discours actuels dominants sur l'allaitement, la maternité et la santé. La considération de cette résistance lors de l'élaboration de certaines recommandations concernant l'allaitement, qu'elles proviennent des gouvernements, des professionnels de la santé ou d'organisations internationales, pourrait faire en sorte que ces recommandations soient plus nuancées et qu'elles correspondent davantage à la réalité des mères. En effet, nous trouvons important qu'un questionnement se mette branle sur les façons d'améliorer les stratégies actuelles de promotion de l'allaitement. Il serait souhaitable que les informations transmises aux femmes soient complètes, équilibrées, réalistes et exempte d'arguments autant concernant l'allaitement maternel, artificiel ou mixte. Cela permettrait aux femmes de faire des choix éclairés. Nos résultats témoignent également de la détresse que certaines femmes vivent lorsqu'elles doivent avoir recours aux formules lactées alors qu'elle ne l'avait pas prévu. La prise en compte du vécu de ces femmes pourrait grandement améliorer les services qu'elles reçoivent de la part des professionnels de la santé. À notre avis, les intervenants du secteur périnatal devraient individualiser leurs suivis auprès des femmes et éviter d'avoir recours à un discours commun qui découle de prescriptions institutionnelles ou ministérielles. Comme nos participantes l'ont mentionné, il serait intéressant de mettre en place des réunions de mères qui donnent des formules de préparation lactée au même titre que les

haltes allaitement pour les femmes qui allaitent. Ces rencontres entre femmes représentent l'espace et le temps idéal pour que chaque femme s'exprime sur son vécu sans avoir peur d'être jugée ou culpabilisée. Ainsi, il serait souhaitable que ce mémoire provoque des discussions qui permettront de proposer certaines solutions et stratégies afin d'améliorer le contexte à l'intérieur duquel les mères québécoises vivent l'expérience de nourrir leur bébé.

5.2 Limites de recherche

La réalisation d'un projet de recherche conçu dans le cadre d'un mémoire de maîtrise s'associe à certaines limites. D'abord, la participation volontaire à l'étude permet de supposer que les personnes intéressées par le sujet de l'étude y ont participé en plus grand nombre ou encore que celles qui ont accepté de participer sont peut-être celles qui ont obtenu davantage de soutien de leur entourage ce qui pourrait avoir eu des effets sur le contenu de notre étude. Les femmes que nous avons interrogées dans le cadre de ce mémoire s'exprimaient en français, ce qui laisse toutes les femmes anglaises québécoises de souche ainsi que les allophones hors de l'étude. Il est possible que le choix de la grille d'entrevue adaptée du McGill Illness Narrative Interview en raison de son caractère directif ait limité l'émergence de nouveaux thèmes dans le discours des mères.

CONCLUSION

Les lignes qui suivent concluent ce projet de mémoire de recherche sur l'expérience de non-allaitement des femmes québécoises. Cette expérience étant peu explorée dans les recherches québécoises, notre objectif principal visait à une meilleure compréhension de ce phénomène, d'autant plus que le contexte actuel provincial, national et international valorise l'adoption de la pratique de l'allaitement maternel. Les différents axes de notre sujet comportaient 1) le récit de l'expérience, 2) le survol des parcours antécédents et de ceux de l'environnement social, 3) l'exploration du modèle explicatif de cette expérience du point de vu des femmes et 4) les impacts d'une telle expérience sur la vie quotidienne. Le recours à une méthode qualitative nous a permis d'aller directement évaluer le discours des femmes concernant leur expérience et d'obtenir des données riches en informations.

Nos résultats révèlent que les mères prennent leur décision concernant la façon de nourrir leur enfant préalablement à l'accouchement, dans un contexte qu'elles décrivent comme étant fortement favorable à l'allaitement maternelle. Indépendamment de ce contexte, certaines femmes font le choix de nourrir leur enfant en utilisant des préparations pour nourrisson. Cette décision est totalement réfléchie et elle est appuyée par divers arguments qui ont pour fonction de construire l'identité de bonne mère de la femme qui opte pour les préparations commerciales. D'autres femmes font le choix de nourrir leur bébé au sein et soutiennent leur décision en faisant référence au discours dominant de promotion de l'allaitement maternel.

En regard des résultats obtenus, les femmes qui font le choix de donner des préparations lactées à leur nourrisson vivent de belles expériences même si leur comportement ne s'aligne pas à ce qui est prescrit par les experts. Nous pouvons avancer que le rejet du modèle idéal dû au fait qu'il ne corresponde pas à la réalité des multiples rôles tenus par les femmes est l'un des motifs expliquant ce phénomène. Notons également que le soutien des proches est apparu comme étant beaucoup plus significatif que le soutien des

professionnels de la santé ou celui de toute autre personne adhérant au discours dominant sur l'allaitement.

Nos résultats démontrent que la décision prise au cours de la grossesse concernant la méthode d'alimentation du nourrisson se modifie parfois suite à l'accouchement en raison de certaines difficultés vécues relatives à l'allaitement. La plupart de ces femmes ont tout de même décrit leur expérience de l'utilisation des préparations lactées comme étant positive, puisqu'elles y ont trouvé plusieurs avantages qu'elles n'avaient pas envisagés. Par contre, certaines femmes ont très mal vécu la non-concordance entre leur décision et leur expérience. Elles disent avoir ressenti de la culpabilité et avoir vécu cette période de leur vie comme un échec. Ces différences concernant la façon dont les femmes vivent cette expérience démontrent la complexité de cette dernière et plus que tout, cela démontre la subjectivité de chacune de ces expériences. Le discours actuel de promotion de l'allaitement doit donc, selon nos répondantes, s'adapter à cette singularité et cesser de présenter ce geste comme étant celui qui s'impose puisque cela peut avoir de lourdes conséquences sur le vécu de certaines femmes. Nous avons démontré que de tels messages reflètent l'idéologie de la maternité intensive, qui elle véhicule l'idée concernant le fait que les mères ont besoins des conseils des experts afin de minimiser les risques possibles pour la santé de leur enfant. Notre analyse suggère que les messages pro-allaitement sont beaucoup plus que des messages de promotion de la santé, mais qu'ils véhiculent également une idéologie de la maternité qui ne semble pas plaire à toutes les femmes.

Il est donc essentiel de poursuivre les recherches explorant le vécu des femmes concernant leur expérience d'allaitement ou de non-allaitement afin de s'assurer de ne pas imposer de contrainte morale à certains groupes de femmes en fonction de leur choix. Afin de mieux comprendre l'influence du discours dominant entourant l'allaitement, des recherches futures devraient explorer l'expérience vécue des femmes qui ont allaité. Également, puisqu'il semble y avoir des tensions entre le vécu des femmes et ce que recommandent les politiques actuelles de promotion de l'allaitement, il serait de mise de développer une analyse plus poussée des enjeux éthiques dans le domaine de la santé publique en regard de la promotion de l'allaitement maternel au Québec.

ANNEXE A

FEUILLET D'INFORMATION SUR L'ÉTUDE

Recherche sur l'expérience des mères qui n'ont pas allaité ou qui ont allaité moins de deux semaines

Madame,

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur l'expérience de non-allaitement des femmes québécoises dans un contexte de promotion de l'allaitement maternel. Nous voulons recueillir de l'information sur cette expérience telle que vécue par les mères. Cette recherche nous permettra de mieux comprendre comment les femmes qui n'allaitent pas ou qui allaitent moins de deux semaines vivent cette expérience.

Afin de recueillir ces informations, l'étudiante-chercheure conduira des entrevues individuelles d'une durée approximative d'une heure. Ces entrevues seront conduites au lieu et au moment qui vous convient. Les informations recueillies sont strictement confidentielles. Tout sera fait pour assurer le bien-être des participantes.

Si vous acceptez de participer :

Vous devez contacter Marie-Eve Couturier en téléphonant au (450) 729-1200

Elle fixera avec vous la date et le lieu de la rencontre et répondra à toutes vos questions. Vous pouvez aussi la contacter par courriel : couturier.marie-eve@courrier.uqam.ca

Votre participation est très importante, car elle permettra de comprendre la situation des mères et de développer des services mieux adaptés pour ces femmes.

Merci beaucoup de l'intérêt que vous portez à ce projet.

Catherine des Rivières, Professeure
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal
CP 8888, succ. Centre-Ville
Montréal, Québec, H3C 3P8
(514) 987-3000 2534#

Charo Rodriguez, Professeure agrégée
Département de médecine familiale
Université McGill
515 Pine Avenue West
Montréal, Québec, H2W 1S4
(514) 398-7375 0495#

Marie-Eve Couturier, étudiante à la maîtrise en sociologie
Université du Québec à Montréal
(450) 729-1200
couturier.marie-eve@courrier.uqam.ca

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'expérience des mères qui n'ont pas allaité ou qui ont allaité moins de deux semaines

Description de la recherche

Vous êtes invitées à participer à une étude sur l'expérience des mères québécoises qui n'ont pas allaité ou qui ont allaité moins de deux semaines. Cette recherche est menée par Marie-Eve Couturier, étudiante à la maîtrise en sociologie et supervisée par Mme Catherine des Rivières-Pigeon (professeure à l'UQAM) et par Mme Charo Rodriguez (professeure à McGill).

Ce projet vise à mieux comprendre l'expérience des mères n'ayant pas allaité ou ayant allaité une courte période. La recherche est menée auprès d'environ 12 femmes qui habitent Montréal et ses environs. Ces connaissances permettront de savoir davantage comment les femmes vivent avec ce type de situation. Ces données pourraient contribuer à développer, s'il y a lieu, des services adaptés à la réalité de ces mères.

Lettre de consentement

En prenant part à cette recherche, ma participation consistera à :

- 1- Répondre aux questions de l'entrevue menée par l'étudiante-chercheure (60 minutes)
- 2- Compléter un questionnaire de données socio-démographiques suite à l'entrevue (5 minutes)

Je ne retirerai aucun bénéfice personnel suite à ma participation à cette recherche. Cependant, j'aurai contribué à faire connaître la réalité des mères et j'aurai l'occasion de donner mon opinion quant à mon expérience.

Ma participation à cette recherche est entièrement volontaire. Cela signifie que j'accepte de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que je suis libre de mettre fin à ma participation en tout temps. Si je vis des difficultés ou une détresse lors de la réponse au questionnaire, je peux contacter les responsables de la recherche afin d'être dirigée vers des services d'aide ou de soutien appropriés. Bien qu'il soit important de répondre à toutes les questions, je peux refuser de répondre à une question.

Je sais que l'information que je partagerai restera strictement confidentielle. Chaque questionnaire sera identifié par un code numérique ainsi mon nom n'y apparaîtra pas. Seuls les responsables de la recherche auront accès aux données de la recherche. Tous les

documents seront conservés sous clé dans un lieu sûr. Les documents informatiques seront protégés par un mot de passe.

Les questionnaires seront traités de façon anonyme. Je peux en tout temps refuser, verbalement ou par écrit, que les données me concernant ne soient utilisées dans le cadre de cette recherche. Le fait de me retirer de cette recherche n'entraînera pour moi aucune conséquence. Tous les documents me concernant seront alors détruits.

Tous les documents informatiques seront effacés à la fin de la recherche. Tous les documents papier seront détruits de façon sécuritaire cinq ans après la fin de la recherche. Toutes les personnes collaborant à ce projet se sont engagées formellement à respecter l'anonymat des participants.

Les résultats de cette recherche seront diffusés sous forme de conférences, d'articles ou autres publications, toujours dans le respect de l'anonymat des participantes. Seuls les résultats de groupe, et non les résultats individuels, seront rapportés lors de publication. Si je le désire, je pourrai recevoir un résumé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles.

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Le projet a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM. Si vous désirez obtenir des informations sur les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche ou formuler une plainte, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du Président du Comité, Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste 4483 ou par courriel à l'adresse : levy.joseph_josy@uqam.ca. Il peut également être joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Je, soussignée, _____, reconnais avoir le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée pour que je puisse donner un consentement libre et éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider d'y retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens à participer à cette étude.

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date

Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous :

Pour plus d'informations, s'il vous plaît, contacter :

Catherine des Rivières-Pigeon, professeure au département de sociologie
Université du Québec à Montréal
Téléphone : (514) 987-3000 poste 2534
Courriel : desrivières.catherine@uqam.ca

Charo Rodriguez, professeure agrégée au département de médecine familiale
Université McGill
Téléphone : (514) 398-7375 poste 0495
Courriel : charo.rodriguez@mcgill.ca

Marie-Eve Couturier, étudiante à la maîtrise en sociologie
Téléphone : (450) 729-1200
Courriel : couturier.marie-eve@courrier.uqam.ca

ANNEXE C

GRILLE D'ENTREVUE

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de me rencontrer. Comme vous le savez, l'entrevue portera sur votre expérience quant à l'alimentation de votre bébé. Au cours de la prochaine heure, je vous poserai différentes questions concernant votre expérience, donc je vous invite à partager avec moi votre vécu et vos sentiments par rapport à cette période de votre vie. L'entrevue sera divisée en quatre sections la première porte sur le déroulement de votre expérience, la deuxième concerne votre environnement social, c'est-à-dire les gens qui vous entourent. Dans la troisième section, nous nous intéressons aux causes de cette expérience et aux réactions des gens dans de telles situations. Finalement, la quatrième section porte sur les impacts de cette expérience sur votre vie.

Ce questionnaire est une version traduite et adaptée du McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau, Young & Kirmayer, 2006).

Section 1. Récit de l'expérience

1. Au cours de votre grossesse, aviez-vous pris une décision concernant l'alimentation du bébé? (Aviez-vous considéré ne pas allaiter?)
2. Aviez-vous parlé de cette décision aux gens qui vous entourent?
 - 2.1. Qu'est-ce que les gens autour de vous disaient par rapport à cette décision? (**conjoint**, famille, entourage) Comment vous sentiez-vous par rapport à cela?
3. Aviez-vous parlé de cette décision à un professionnel de la santé, comme votre médecin? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont dit? (Vous a-t-il donné des conseils sur le biberon, la façon de le préparer?) Comment vous sentiez-vous face à cela?
4. Avez-vous assisté à des cours prénataux? Si oui, que disait-on par rapport à l'allaitement et au non-allaitement? (Et comment vous sentiez-vous face à ce qui était dit dans ces cours et face aux autres femmes qui assistaient aux cours?)
5. J'aimerais en savoir plus sur votre expérience concernant l'alimentation du bébé. Pouvez-vous m'expliquer comment ça c'est passé après avoir donné naissance? (Est-ce qu'il s'est passé autre chose?)
6. Qu'elle a été la réaction des gens autour de vous? (conjoint, famille, entourage, professionnel de la santé)
7. Avez-vous reçu certains conseils de votre entourage ou des professionnels de la santé?

(Comment vous sentiez-vous face aux conseils, aux pratiques et aux interventions des différents professionnels de la santé ou de votre entourage?)

8. Avez-vous suivi ces conseils? Est-ce qu'il était facile ou difficile de suivre les conseils des gens qui sont intervenus?

9. Y a-t-il des traitements ou des conseils que vous auriez aimé recevoir que vous n'avez pas reçu?

Section 2. Antécédent/ environnement social

10. Est-ce que c'est votre premier bébé? Si non, comment ça s'est passé avec l'autre ou les autres? (Si oui, est-ce que ça ressemble à ce que vous avez vécu dernièrement?)

11. Parmi les gens de votre famille (sœur, mère, belle-mère), comment se sont passées les expériences d'allaitement au sein ou au biberon?

12. Est-ce que ça ressemble à ce que vous avez vécu?

13. Parmi les gens de votre entourage (ami(e)s, collègues de travail), comment se sont passées les expériences d'allaitement au sein ou au biberon?

14. Est-ce que ça ressemble à ce que vous avez vécu?

15. Dans les médias (télé, radio, internet, magazines) qu'est-ce qui à votre avis est véhiculé concernant l'allaitement au sein ou au biberon? Avez-vous entendu parler de femmes qui ont vécu une expérience qui ressemble à la vôtre?

Section 3. Modèle explicatif

16. Selon vous, qu'elle est la principale raison qui a fait que vous n'avez pas allaité ou que vous avez allaité peu de temps?

(16.1. Est-ce qu'il a quelque chose en vous qui pourrait expliquer le fait que vous n'avez pas allaité ou que vous avez allaité deux semaines? (physiquement)

17. Pensez-vous qu'il y d'autres raisons qui pourraient expliquer le fait que vous n'avez pas allaité ou que vous avez allaité deux semaines?

(17.1. Est-ce qu'il s'est passé quelque chose dans votre famille, au travail ou dans votre vie sociale qui pourrait expliquer cela)

(17.2. Pouvez-vous me dire comment cet événement explique votre expérience?)

18. Le fait de ne pas allaiter, ou de donner le biberon a t'il une connotation positive ou négative pour vous?
19. Vous m'avez parlé de ce qui s'est passé dans votre cas, mais pouvez-vous me parler du regard que posent généralement les gens sur les femmes qui n'allaitent pas? Comment sont perçues habituellement les femmes qui n'allaitent pas?
20. À votre avis pourquoi les gens réagissent-ils comme ça?
(Dans votre cas et en général)
21. Selon vous qu'elle serait la bonne attitude à adopter face à ces femmes?
(Les proches (famille, conjoint), les professionnels de la santé)

Section 4. Impacts sur la vie

22. Est-ce que le fait de ne pas avoir allaité ou d'avoir allaité peu de temps a changé votre expérience en tant que mère?
23. Est-ce que cette expérience a changé la façon dont vous vous percevez en tant que mère?
24. Est-ce que cela a changé la façon dont vous voyez les mères en général?
25. Est-ce que le regard des autres a changé votre expérience en tant que mère?
- * Si cela a été une période difficile :
26. Est-ce qu'il y a quelque chose ou quelqu'un qui vous a aidé dans cette période de votre vie?
(26.1. Comment votre conjoint, famille ou vos ami(e)s vous ont aidé dans cette période de votre vie?)
27. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Merci encore d'avoir partagé votre expérience avec moi!

BIBLIOGRAPHIE

Apple, R. 1987. *Mothers and medicine: A social history of infant feeding, 1890-1950*. Madison: University of Wisconsin Press.

Apple, R.D. 1995. « Constructing mothers: Scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries ». *Social History of Medicine*, no 8, p.161-178.

Alaszewski, A. 2005. « Risk communication: identifying the importance of social context ». *Health, Risk & Society*, vol. 7, no 2, p.101-105.

Andrew, N. et K. Harvey. 2009. « Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle ». *Maternal and child nutrition*, vol. 7, no 1, p.48-60.

Badinter, É. 1980. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel, XVIIe-XXe siècle*. Paris : Flammarion.

Badinter, É. 2010. *Le conflit : la femme et la mère*. Paris : Flammarion.

Bailey, C., R.H. Pain et J.E. Aarvold. 2004. « 'A give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers ». *Midwifery*, vol. 20, p.240-250.

Baillargeon, D. 2004. *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal : Éditions Remue-ménage.

Barber, C.M., T. Abernathy, B. Steinmetz et J.Charlesbois. 1997. « Using a breastfeeding prevalency survey to identify a population for targeted programs ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, p.242-245.

Bartlett, A. 2002. « Breastfeeding as Headwork : Corporal Feminism and Meanings for Breastfeeding ». *Women's Studies International Forum*, vol. 25, no 3, p. 373-382.

Bayard, C. 2006. « Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Beaudry, M., S. Chiasson et J. Lauzière. 2006. *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Beck, U. 1992. *Risk society: Toward a new modernity*. Thousand Oaks: Sage.

Bell, K. et N. Rawlings. 1998. « Promoting breastfeeding by managing common lactation problems ». *Nurse Practitioner*, vol. 23, no 6, p.102-123.

- Blum, L. 1993. « Mothers, Babies and Breastfeeding in Late Capitalist America : The Shifting Contexts of Feminist Theory ». *Feminist Studies*, vol. 19, no 2, p.291-311.
- Blum, L. 1999. *At the breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*. Boston: Beacon Press.
- Bramwell, R. 2001. « Blood and milk: constructions of female bodily fluids in Western society ». *Women Health*, vol. 34, no 4, p.85-96.
- Braun V. et V. Clarke. 2006. « Using thematic analysis in psychology ». *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no 2, p.77-101.
- Burr, V. 1995. *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Burrows et al., 1995 Burrows, R., R. Bunton, S. Muncer et K. Gillen. 1995. « The efficacy of health promotion: health economics and late modernism ». *Health Education Research*, vol. 10, no 2, p.241-249.
- Cairney, P.A., E.M. Alder et R.S. Barbour. 2006. « Support for infant feeding: mothers' perceptions ». *British Journal of Midwifery*, vol. 14, no 2, p.694 -670.
- Cairney, P.A. et R.S. Barbour. 2007. « A research study of sources of support for bottle feeding in new Mothers ». *Community Practitioner*, vol. 80, no 6, p.30-34.
- Caplan, P. 1997. « Approaches to the study of food, health and identity ». Dans *Food, Health and Identity*, London: Routledge.
- Carter, P. 1995. *Feminism, Breasts and Breast-feeding*. New-York: St-Martin's Press.
- Cooke, M. A. Sheehan et V. Schmied. 2003. « A Description of the Relationship Between Breastfeeding Experiences, Breastfeeding Satisfaction, and Weaning in the First 3 Months After Birth ». *Journal of Human Lactation*, vol. 19, no 2, p.145-156.
- Dennis, C.-L. 2002. « Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol 31, no 1, p.12-32.
- Dettwyler, K. A. 1995. Beauty and the breast: The cultural context of breastfeeding in the United States. Dans *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, sous la dir. de P. Stuart-Macadam et K.A Dettwyler, p. 145-165. New York : Aldine De Gruyter.
- Douglas, S.J. et M.W. Michael. 2004. *The mommy myth: The idealization of motherhood and how it has undermined all women*. New York: Free Press.
- Dubois, L., B. Bédard, M. Girard et É. Beauchesne. 2000. « L'alimentation ». Dans *Études longitudinales du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Flacking, R., U. Ewald, K.H. Nyqvist et B. Starrin. 2005. « Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit ». *Social Science and Medecine*, vol. 62, p.70-80.
- Freund, P.E.S et M.B. McGuire. 1991. *Health Illness and the Social Body*, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Furedi, F. 2002. *Paranoid parenting: Why ignoring the experts may be best for your child*. Chicago: Chicago Review Press.
- Gauvreau, D. 1987. « Note de recherche. À propos de la mise en nourrice à Québec pendant le régime français ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 41, 1, p. 53-61.
- Greco, M. 1993. « Psychosomatic Subjects and the 'Duty to be Well': Personal Agency within Medical Rationality ». *Economy and Society*, vol. 22, no 3, p.357-372.
- Groleau, D. C. Rodriguez. 2009. « Breastfeeding and poverty: Negotiating cultural change and symbolic capital of motherhood in Québec, Canada. Dans *Infant and young child feeding: Challenges to implementing a Global Strategy*, sous la dir. de F. Dykes et V. Hall Moren, Wiley-Blackwell, Oxford, p.80-98.
- Groleau, D., L.J. Kirmayer et A. Young. 2006. « The McGill Illness Narrative Interview : An interview schedule to explore different meanings and modes of reasoning related to illness experience ». *Transcultural Psychiatry*, vol. 43, no 4, p.697-717.
- Groleau, D., P. Zelkowitz et I.E. Cabral. 2009. « Enhancing Generalizability : Moving from an Intimate to a Political Voice ». *Qualitative Health Research*, vol. 19, no 3, p.416-426.
- Guillemette, A. et D. Badlissi. 2006. Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004 - Fascicule 10, *L'intention d'allaiter et les attitudes face à l'allaitement : un lien étroit avec le mode d'alimentation du nouveau-né*. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
- Guérard, F. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal : Éditions Boréal.
- Hall, W. A. et Y. Hauck. 2007. « Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: a quasi experimental study ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, no 5, p.786-795.
- Hardyment, C. 1995. *Perfect Parents: Baby-care Advice Past ad Present*, Oxford: Oxford University Press.
- Hays, S. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. United States: Yale University Press.

- Herzlich, C. et J. Pierret. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Éditions Payot.
- Hoddinott, P. 1996. *Why don't some woman want to breastfeed and how might we change their attitudes?* M. Phil thesis, Cardiff University of Wales, College of Medecine.
- Hoddinott, P. et R. Pill. 2000. « Nobody actually tells you. A qualitative study of infant feeding experiences of first time mothers ». *British Journal of Midwifery*, vol. 7, p.558-565.
- Institut de la Statistique du Québec. 2006. Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006. Gouvernement du Québec.
- Jackson, S. et S. Scott. 1999. « Risk, anxiety and the social construction of children ». Dans *Risk and Socio-cultural Theory: New Directions and Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jacques, B. 2000. « L'expérience de la maternité sous influence médicale », *Face à face* [En ligne], mis en ligne le 30 juin 2010. URL : <http://faceaface.revues.org/551>
- Jansson, M. 2009. « Feeding children and protecting women: The emergence of breastfeeding as an international concern ». *Women's Studies International Forum*, vol. 32, p.240-248.
- Jodelet, D. et J. Ohana. 2000. « Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture », dans *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, sous la dir. de G. Petrillo, p. 137-166. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Kasperson, J.X. et R.E. Kasperson. 2005. *The social contours of risk: Publics, risk communication and the social amplification of risk*. London: Earthscan.
- Keane, A. 1997. « Too hard to swallow? The palatability of healthy eating advice ». Dans *Food, Health and Identity*, London: Routledge.
- Kelleher, C.M. 2006. « The physical challenges of early breastfeeding ». *Social Science and Medecine*, vol. 63, p.2727-2738.
- Kirkland, V.L. et S.B. Fein. 2003. « Characterizing reasons for breastfeeding cessation throughout the first year postpartum using the construct of thriving ». *Journal of Human Lactation*, vol. 19, no 3, p.278-285.
- Knaak, S. J. 2006. « The problem with breastfeeding discourse ». *The Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, no 5, p.412-414.
- Knaak, S.J. 2010. « Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society ». *Health, Risk & Society*, vol. 12, no 4, p.345-355.

Knibiehler, Y. 2007. « Le lait, la femme ». Dans *L'allaitement maternel : Une dynamique à bien comprendre*, sous la dir. de D. Blin, É. Thoueille et M. Soulé, p.19-34. France : Éditions Éres.

Labarere J., N. Gelbert-Baudino, A.S. Ayrat et al. 2005. « Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs ». *Pediatrics*, vol. 115, no 2, p.139-146.

Lakshman, R., D. Ogilvie et K.K. Ong. 2009. « Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies ». *Archives of Disease in Childhood*, vol. 94, p.596-601.

Lee, E. 2007a. « Health, morality, and infant feeding: British mother's experiences of formula milk use in the early weeks ». *Sociology of health and illness*, vol. 29, no 7, p.1-16.

Lee, E. 2007b. « Infant feeding in risk society ». *Health, risk & society*, vol. 9, no 3, p.295-309.

Lee, E. 2008. « Living with risk in the era of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding ». *Health, risk and society*, vol. 10, no 5, p.467-477.

Lepage, M.C. et J. Moisan. 1998. *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*. Québec : Direction de la santé publique.

Lepage, M.-C., N. Doré et G. Carignan. 2000. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement - région de Québec*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique.

Lett, D. et M.-F. Morel. 2006. *Une histoire de l'allaitement*. Paris : Éditions de la Martinière.

Lomax, H. 2009. « You are going to be a wonderful breast-feeder: Mothers, midwives and the micro-politics of infant-feeding ». *Paper presented at the Parenting Culture Studies conference, 'Child rearing in a Risk Society' Aston University*.

Lupton, D. 1993. « Risk as moral danger: The social and political functions of risk in public Health ». *International journal of health services*, vol. 23. no 3, p.425-435.

Lupton, D. 2000. « A Love/Hate Relationship': The Ideals and Experiences of First Time Mothers ». *Journal of sociology*, vol. 36, no 1, p.50-63.

Maher, J.M. et L. Saugères. 2007. « To be or not to be a mother?: Women negotiating cultural representations of mothering ». *Journal of Sociology*, vol. 43, no 1, p.5-21.

McComas, K. 2006. « Defining moments in risk communication research: 1996-2005 ». *Journal of health communication*, vol. 11, p.75-91.

- McIntosh, J. 1985. « Barriers to breastfeeding: choice of feeding method in a sample of working class primiparae ». *Midwifery*, vol. 1, no 4, p.213-224.
- Melnikow, J. et J.M. Bedinghaus. 1994. « Management of common breastfeeding problems ». *Journal of Family Practice*, vol. 39, no 1, p.56-64.
- Millar, W. et H. Maclean. 2005. « Breastfeeding practices ». *Health Reports*, vol. 16, no 2, p.23-31.
- Miller, T., S. Bonas et M. Dixon-Woods. 2007. « Qualitative research on breastfeeding in the UK: a narrative review and methodological reflection ». *Evidence and Policy*, vol. 3, no 2, p.197-230.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. 2001. *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. 2011. *Rapport d'évaluation : Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moore, E.R. et M. Coty. 2006. « Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: Breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy, and intention ». *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 20, no 1, p.35-46.
- Mozingo, J., M.W. Davis, P.G. Droppleman et A. Merideth. 2000. « It wasn't working: women's experiences with short-term breastfeeding ». *American Journal of Maternal and Child Nursing*, vol. 25, no 3, p.120-126.
- Mucchielli, A. 1996. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Murphy, E. 1999. « "Breast is Best" : Infant Feeding decisions and maternal deviance ». *Sociology of Health & Illness*, vol. 21, no 2, p.187-208.
- Murphy, E. 2000. « Risk, Responsibility and Rhetoric in Infant Feeding ». *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, no 3, p. 291-325.
- Murphy, E. 2004. « Risk, maternal ideologies, and infant feeding ». Dans, *A sociology of food and nutrition*. Oxford: Oxford University Press.
- Nathoo, T. et A. Ostry. 2009. *The one best way? : breastfeeding history, politics and policy in Canada*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- Nettleton, S. 1997. « Governing the Risky Self: How to Become Healthy, Wealthy and Wise ». Dans *Foucault, Health and Medicine*, p.207-222

Nettleton, S. 2005. *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: The Polity Press.

Noury, M. 2010. « Entre responsabilité et autonomie. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé ». *Sociologie Santé*, no 31, p.317-330.

Ogden, J. 1995. « Psychosocial Theory and the Creation of the Risky Self ». *Social Science and Medecine*, vol. 40, no 3, p.409-415.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF. 1981. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2003. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2006. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal. Rapport du secrétariat*. Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Patton, M.Q. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Pires, A. 1997. « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales ». Dans, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, p.3-54.

Poupart, J. 1997. « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». Dans, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin.

Pourtois, J.P., et H. Desmet. 1997. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Sprimont : Mardaga Éditeur.

Reese, H. 2005. « From parental responsibility to parenting responsibility ». *Current Legal Issues*, vol. 8, p.459-483.

Roques, N. 2001. *Au sein du monde. Une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France*. France : Éditions L'harmattan.

Rose, N. 1996. « The death of the social? Re-figuring the territory of government ». *Economy and Society*, vol. 25, no 3, p.327-356.

Rousseau, J.J. 1762. *Émile ou de l'éducation*. Paris : Garnier.

Sandelowski, M. 2000. « Whatever happened to qualitative description? ». *Research in Nursing and Health*, vol. 23, no 4, p.334-340.

- Santé Canada. 1999. Le point sur l'allaitement au Canada : bienvenue au bébé allaité.
- Scott, J., I. Aitkin, C. Binns et R. Aroni. 1999. « Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia ». *Acta Paediatrica*, vol. 88, no 4, p.416-421.
- Schmied, V. et L. Barclay. 1999. « Connection and pleasure, disruption and distress : woman's experience of breastfeeding ». *Journal of Human Lactation*, vol. 15, no 4, p.325-334.
- Schmied, V. et D. Lupton. 2001. « Blurring the Boundaries : Breastfeeding and Maternal Subjectivity ». *Sociology of Health & Illness*, vol.23, no 2, p. 234-250.
- Shakespeare, J., F. Blake et J. Garcia. 2004. « Breastfeeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression ». *Midwifery*, vol. 20, p.251-260.
- Shaw, R. 2004. « Performing Breastfeeding: Embodiment, Ethics and the Maternal Subject ». *Feminist Review*, vol. 78, no 1, p. 55-73.
- Sheehan, A., V. Schmied et V. Cooke. 2003. « Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy ». *Midwifery*, vol 19, no 4. p.259-266.
- Slovic, P. 2000. *Perception of risk*. London: Earthscan.
- Stanworth, M. 1987. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Triaa Benhammadi, I. 2009. « Les déterminants du choix du mode d'allaitement ». Thèse de Doctorat, Paris, Université Denis Diderot Paris VII.
- Van Esterik, P. 1995. « The Politics of Breastfeeding: An Advocacy Perspective ». Dans *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*, sous la dir. de P. Stuart-Macadam et K.A Dettwyler, p. 145-165. New York : Aldine De Gruyter.
- Virnoche, M.E. 2009. « Scientific Motherhood ». Dans, *Encyclopedia of Gender and Society*, Los Angeles: Sage.
- Wall, G. 2001. « Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse ». *Gender & Society*, vol. 15, no 4, p.592-610.
- Williams, P.L., S.M. Innis, A.M. Vogel et L.J. Stephen. 1999. « Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, p.114-119.

Wolf, J.B. 2007. « Is breast really best? Risk and total motherhood in the national breastfeeding awareness campaign ». *Journal of health politics, policy and law*, vol. 32, no 4, p.595-636.

Woodward, K. 1997. « Motherhood : Identities, Meanings and Myth's ». Dans, *Identity and Difference*. London, Sage, p.239-298.

Yalom, M. 2010. *Le sein. Une Histoire*, Paris : Éditions Galade.

Young, D. 1990. « Brestfeeding: Can it Compete in the Marketplace? ». *Birth*, vol. 17, no 3, p. 119-120